

CEDEP
COMITE EUROPEEN DROIT ETHIQUE ET
PSYCHIATRIE

XVI^{ème} séminaire annuel

Avec le concours de la
Ligue Roumaine pour la Santé Mentale

Démocratie et santé mentale

- ☞ Revue des situations en Europe, en particulier pour les nouveaux Etats membres de l'Union Européenne.
- ☞ Psychiatrie entre politique, droit et éthique.
- ☞ Qu'est-ce qu'une psychiatrie démocratique ?
- ☞ Figures de l'usager.

Bucarest

17 – 20 mai 2007

Textes

<i>La construction sociale de la toxicomanie ; Les soignants entre rapport à la loi et rapport à des personnes qui ont des droits.</i>	<i>3</i>
<i>Du C.E.D.E.P. et de la résistance aux « sombres temps »</i>	<i>20</i>
<i>De l'exclusion asilaire à l'intégration communautaire: disparition du fou et émergence des populations à risque.....</i>	<i>26</i>
<i>Construction d'une démarche sur la santé mentale à Marseille</i>	<i>35</i>
<i>« secteur psychiatrique et nouvelle organisation territoriale des soins en France : le marché prend ses aises »</i>	<i>40</i>
<i>Les enjeux éthiques et politiques de la santé mentale en Italie.....</i>	<i>45</i>
<i>La réforme psychiatrique en Grèce : Un bilan de 20 ans</i>	<i>51</i>
<i>La réforme de la santé mentale – élément constitutif du processus démocratique dans la Roumanie post-communiste</i>	<i>59</i>

La construction sociale de la toxicomanie ; Les soignants entre rapport à la loi et rapport à des personnes qui ont des droits.

Anne BIADI-IMHOF

Introduction : toxicomanie et citoyenneté

Cette communication s'appuie sur deux recherches¹ et interroge, à partir d'angles différents, la relation thérapeutique avec les patients toxicomanes. Ces approches, très qualitatives, mettent en évidence la spécificité des échanges avec ces « patients », leur rapport à « la loi » en général, ou à l'appareil législatif spécifique qui régit l'usage des stupéfiants, avec les conséquences qui en résultent pour les soignants qui les prennent en charge.

Bien que ces études ne soient pas centrées sur les questions que posent à la démocratie le « traitement sociétal » de la toxicomanie, elles soulignent néanmoins la complexité des liens entre usage, dépendance et citoyenneté qu'engendre la consommation de produits, et les conséquences ambivalentes en termes soit d'exclusion, soit de contrainte ou de contrôle social.

Pour le sociologue A. Ogien² « *La consommation de drogues est un objet construit par l'interdiction légale* », mais la suppression de la sanction serait-elle suffisante pour supprimer le problème ? L'importance de la dimension pathologique, mise en évidence avec l'apparition des grands problèmes infectieux (sida, hépatite, etc.), permet de penser que cette question existe aujourd'hui, en dehors de son interdit, bien qu'aucun modèle étiologique ne soit parvenu à s'imposer et que la dimension

¹ Biadi-Imhof A : La place de la contrainte dans la relation thérapeutique, in, *L'orientation pénale et le traitement des consommations de psychotropes : évolutions, compromis et ambivalences.* (SDR) Ph. Milburn. Rapport MILDT/INSERM/CNRS, mars 2002, (p 92-147)

Biadi-Imhof A « Impact de la représentation de la maladie dans la prise en charge des patients toxicomanes : Une approche de sciences humaines sur les représentations des soignants », 88 pages. Partie sociologique du rapport PHRC (Programme hospitalier de recherche clinique), « *Impact de la représentation de la maladie dans la prise en charge des patients toxicomanes : analyse longitudinale* », sous la responsabilité de M.R. Moro., mars 2006

²A. Ogien, L'usage de drogues peut-il être un objet de recherche?, in *La demande sociale de drogues*, Paris, DGLDT/La Documentation française, 1994.

représentation sociale de la toxicomanie reste prépondérante dans les approches de ces pratiques.

La question de l'usage de drogues est en effet centralement liée aux solutions dont on dispose pour y remédier. Il nous semble pouvoir dire que tant que l'élément de contrainte a été le seul « outil thérapeutique » impulsé par les soins obligés, les magistrats, tout comme les médecins ont rechigné, au tout simplement refusé de s'en servir. Il a fallu le SIDA et les enjeux de santé publique que cette réalité a révélés pour que la consommation de drogues se construise en maladie versus conduite (toxicomanie, conduites addictives, dépendance, etc.) et normalise le recours à des formes plus euphémisées de contrainte telle que le « cadre » ou le « contract ». La prise de conscience des années 90 et la diffusion des traitements de substitution (qui existaient depuis bien longtemps) ont fournis aux médecins d'abord, mais aux magistrats aussi, une instrumentalisation tant idéologique (la réduction des risques) que médico-pharmacologique, pour ne pas évoquer la dynamique économique sous-jacente.

Cette communication questionne d'une part le rôle que joue, dans la relation thérapeutique, la dimension « illicite » attaché à la consommation de stupéfiant - Au regard de la loi du 31 décembre 1970, l'usager de drogues est d'abord un « contrevenant » à la législation sur les stupéfiants. L'irruption de cette donnée dans le champ sanitaire s'inscrit sur de multiples registres auxquels les différents professionnels vont être plus ou moins sensibles selon leur place dans le dispositif – d'autre part les représentations du toxicomane comme « patient », individu qui résiste à rentrer dans les cadres avec lesquels les sociétés cherchent à le penser ou à le cerner. Il n'est pas vraiment un malade mais un « patient non-ordinaire » « difficile » et « actif »³. Il est pour la justice, un prévenu encombrant et pas totalement délinquant (mais nous ne traiterons pas de cet aspect). Au terme de la loi de février 2005⁴ il pourrait même devenir un handicapé psychique « participatif » et « citoyen ». Mais il peut aussi rester un inclassable, plus ou moins imprévisible selon son degré de dépendance ?

Toxicomanie et dimension « illicite »

La dimension illicite participe à la construction sociale de la toxicomanie. Au regard de la loi du 31 décembre 1970, l'usager de stupéfiant est d'abord un « délinquant » qui se voit comme tel soumis à la répression. L'irruption de cette question dans le champ sanitaire donne lieu bien évidemment à des représentations différentes selon la catégorie de professionnels et selon leur place dans le dispositif. C'est ainsi que le travail en partenariat avec la justice va être recherché et valorisé ou au contraire gardé à distance selon que l'on est médecin généraliste ou psychiatre. Selon que le rapport à l'illégalité se voit associé aux comportements violents ou asociaux des usagers de stupéfiants. Ou qu'au contraire les intervenants évoquent des représentations de « patients difficiles », qu'ils mettent en lien avec la réalité des traitements policiers, judiciaires, et pénitentiaires dont on ne peut faire abstraction dans la trajectoire mouvementée de ces patients. Enfin l'illicite questionne le rapport à la loi et l'usage structurant, et/ou contraignant que peuvent en faire les professionnels.

³ A. Biadi-Imhof (rapport PHRC 2006)

⁴ Loi de février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, celle de la participation et celle de la citoyenneté des personnes handicapés

Parmi les intervenants que nous avons interviewés, certaines catégories sont plus représentées que d'autres : psychiatres, médecins généralistes, psychologues, reflet du processus de médicalisation du champ de la toxicomanie. C'est principalement pour ces catégories d'intervenants que nous avons exploré cette dimension.

Les psychiatres⁵

Ils apparaissent comme les plus critiques, voire les plus virulents quant au rôle de la justice à l'égard des toxicomanes. Ils insistent très majoritairement sur la nécessité d'une remise en cause de loi de 1970, et cette insistance parasite toutes les questions qui sont en lien avec la dimension de la loi et de l'interdit.

C'est ainsi que la loi apparaît généralement comme « *une loi pas adaptée... qui pose plus de problèmes qu'elle n'amène de dynamique positive... ça me choque qu'il y ait plusieurs centaines de personnes en prison pour usage simple actuellement... c'est une mauvaise loi, difficilement applicable...* »

Parmi les principaux reproches qui lui sont fait, la pénalisation de l'usage privé apparaît comme « *...choquant, qui doit être re-réfléchi... de plus, mettre au même niveau héroïne et cannabis, c'est quelque chose de pas cohérent.* »

Les centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) sont issus du dispositif mis en place par la loi de 70. Leurs modalités de fonctionnement ne peuvent donc faire abstraction du cadre législatif dont ils dépendent. Les psychiatres, longtemps absents de ces structures, y sont aujourd'hui, de plus en plus présents. La prégnance du dispositif législatif n'apparaît pas pour autant comme une réalité monolithique, chaque intervenant va aménager sa réponse en fonction d'une certaine représentation de ce qui peut se faire avec des patients toxicomanes. Mais la relation thérapeutique avec les patients sous main de justice semble concentrer un maximum des difficultés et des incertitudes que les intervenants expriment quant à l'échange thérapeutique avec cette population⁶.

Les psychiatres, parmi tous les intervenants que nous avons rencontrés, sont ceux qui vont marquer la plus grande tension avec le cadre législatif qui régit l'usage de stupéfiants. La tension qu'ils expriment, principalement à l'égard de la justice, renvoie au delà de la dimension du licite et de l'illicite, du permis et de l'interdit, à la mission sociale spécifique qui incombe traditionnellement à la psychiatrie mais qu'elle partage avec la justice, celle de gérer la dangerosité. Cette cogestion n'est pas un « long fleuve tranquille » et l'histoire comme l'actualité montre les heurts et les ajustements de ce partage difficile.

Dans le domaine des troubles mentaux qui conduisent à une intervention publique, et qui se voient d'ailleurs de plus en plus souvent désignés comme des « désordres psychiatriques », les rapports entre la justice et la santé, vont se jouer sur une scène à la fois extériorisée, et instrumentalisée, celui de l'expertise. Cette situation amène la justice à *réquisitionner* le psychiatre, qui ne peut se soustraire, et qui se retrouve donc « contraint » à porter un diagnostic. L'exercice de son rôle d'expert va d'une certaine façon, conduire le psychiatre à reprendre le pouvoir, mais il va en contre partie, récupérer la responsabilité sociale de gérer la dangerosité.

⁵ Nous rappelons que cette communication s'appuie sur 2 recherches et se réfère aux professionnels qui ont été rencontrés dans le cadre de ces études. (une cinquantaine en tout appartenant à toutes les catégories professionnelles d'intervenants))

⁶ A. Biadi-Imhof, Relation thérapeutique et « soins obligés », Psychotropes, vol.11 n°3-4 2005, Ed.De Boeck.

Les psychiatres qui se sont impliqués dans le champ de la toxicomanie ont bien souvent pris des distances avec la psychiatrie hospitalière et sont dans une démarche qui ré-interroge le cadre clinique jugé trop étroit de la psychiatrie. Mais, de la même façon que le développement des médicaments psychotropes leur a donné accès à des échanges plus relationnels et directs avec les patients, c'est l'arrivée des traitements de substitution qui les a conduit récemment à s'intéresser à cette population, encore massivement exclus des institutions psychiatriques. Cependant l'intérêt pour ce nouvel espace clinique ⁷ ne peut faire abstraction du contexte socio-juridique auquel il se rattache. A nouveau les psychiatres se retrouvent sur un terrain occupé par la justice, mais cette fois ils ne sont plus dans la position d'être des experts mais simplement les exécutants d'une décision de justice. Ce sont en effet les décisions des procureurs et des juges - désignant le toxicomane comme malade et lui faisant obligation de se soigner - qui font office de diagnostic. Leur position dans ce dispositif les oblige à réaffirmer sans cesse une position de professionnels du soin, sans pouvoir se départir néanmoins de leur responsabilité dans la gestion de la dangerosité.

La politique de réduction des risques a considérablement normalisé le recours aux soins pour les toxicomanes. Cependant, chacun des psychiatres qui s'engagent dans cette démarche va devoir faire l'expérience individuellement (comme d'ailleurs toutes les autres catégories d'intervenants) de rencontrer des « patients » qu'ils ne peuvent inscrire sur aucun registre nosographique clair, exclus non seulement socialement, mais aussi médicalement des structures sanitaires communes, et qui plus est, définis comme infracteurs et délinquants tant par la loi que par une « opinion publique » qui construit cette pensée de sens commun, peu consciente d'elle même, mais cependant redoutable pour naturaliser des stéréotypes de toutes sortes.

Dans l'expérience de la relation thérapeutique avec les patients toxicomanes, il semble que dans les équipes d'intervenants, les psychiatres soient ceux qui principalement expriment un « malaise » ou ce qu'ils désignent comme « un autre niveau » quant au rapport à la loi.

« ...c'est la partie judiciaire, policière, c'est la partie qui ne m'appartient pas, j'essaie de ne pas la prendre en compte, parce que sinon on est vraiment encombré par ça...je ne suis pas l'auxiliaire de la police ni de la justice... je ne le verrai pas comme délinquant... mais même malade il est responsable de ses actes...parce que c'est difficile d'avoir toutes ces données, c'est vraiment un autre niveau... la plupart du temps je ne connais pas la situation et quand je la connais, en général elle m'encombre...parfois ça fait un peu peur dans la relation et là on ne peut plus bien soigner... »

Ou encore « ...dans la relation thérapeutique, le patient sait que c'est interdit, moi je sais que c'est interdit, je sais qu'il sait et il sait que je sais, bon, mais ce n'est pas quelque chose que l'on travaille, on ne travaille pas l'interdit... »

Tout en marquant ses distances avec la justice ce psychiatre reconnaît que sa fonction a un rapport direct avec la loi

« ...je repositionne avec certains patients l'illégalité du produit, j'aurai surtout à le faire pour les adolescents... cela dit, je travaille dans le plus strict respect du secret médical... ...il y a une contrainte externe qui est celle du psychiatre et de l'institution.

⁷L'ensemble des psychiatres que nous avons rencontrés n'ont pas suivi de formations spécifiques autour de la toxicomanie parce qu'il n'en existait pas, mais une spécialité « d'addictologie » est maintenant proposée.

C'est ça que j'appelle poser le cadre. Donc il y a la loi réelle et il y a la loi morale, intériorisée, psychologique et concrétisée par moi... »

Certains, tout en affirmant la nécessité de la loi ne veulent pas se sentir partenaires d'un dispositif qui pourrait avoir une fonction de rappel à la loi, voire de contrôle social :

« ...il faut qu'il y ait des lois, c'est important la loi, l'autorité, mais voilà, l'autorité est là pour faire respecter la loi, moi je suis là pour soigner, pour soulager la souffrance... alors il est difficile pour moi de collaborer directement. »

En revanche, d'autres moins aguerris dans le métier, sont véritablement destabilisés par la réalité concrète du rapport à la loi :

« On a des patients qui nous sont adressés pour injonction de soins ...donc on sait que ce sont des patients qui sont sous contrôle du juge, enfin du procureur ... ils ont un certificat médical à remettre ...et si ce patient continue à prendre des toxiques régulièrement ... bon, ce n'est pas facile l'articulation avec le judiciaire chez les toxicomanes ... je ne suis pas calé non plus ...est-ce qu'il faut en informer le procureur ?...je me pose toujours la question. »

Dès les années 1960 c'est au secteur psychiatrique qu'incombait la prise en charge des toxicomanes, parallèlement aux alcooliques et aux malades mentaux. La création des « centres spécialisés » avec la loi de 1970 les a néanmoins trouvés peu enclins à s'impliquer dans ces nouvelles structures. Aujourd'hui, « *le secteur spécialisé de soins aux toxicomanes demeure influencé par les psychiatres* »⁸ parce qu'il se trouve responsabilisé dans la prise en charge des patients sous traitement de substitution. Ce retour de la psychiatrie sur le devant de la scène et la médicalisation qui en résulte, à la fois pour gérer les procédures pharmacologiques lourdes de la substitution et pour répondre aux comorbidités psychiatriques qu'elles révèlent, tendent à faire oublier les débats qui ont fondé depuis sa promulgation, les réserves des psychiatres à l'encontre de la loi de 1970. Le débat qui perdure sur la définition de la toxicomanie -maladie ou pas – reste néanmoins largement influencé par ce contexte législatif.

« Le risque n'est en effet pas nul que, sous l'effet des contraintes économiques et du redéploiement des services de santé à la recherche de nouvelles activités, la toxicomanie en soit réduite « à une maladie comme une autre », naturellement assignée comme telle à la médecine. Le développement massif des traitements de substitution peut encourager un tel processus de médicalisation dont on peut craindre qu'il ne conduise à ne plus décrypter la toxicomanie que selon le modèle « signe, diagnostic, traitement » et qu'il réduise le questionnement à la seule définition de protocoles pharmacologiques »⁹

Les médecins généralistes

Ceux que nous avons rencontrés en ville ou dans les CSST n'ont pas ce regard critique sur la loi de 1970, même si plusieurs d'entre eux verraient d'un bon œil la

⁸ N. Goyaux , « le discours des acteurs du champ sanitaire », chap.4 dans Simmat-Durand (L) dir.(1998), *L'usage de stupéfiants entre répression et soins : la mise en oeuvre de la loi de 1970*, CESDIP, Ministère de la Justice, CNRS, Etdes et Données Pénales.

⁹ A Morel, Les intervenants en toxicomanie et la loi de 1970. In, *Psychotropes* Déc. 1997, vol.3 n°4, p. 81-91

dépénalisation du cannabis pour éviter les débordements des pratiques judiciaires et permettre ainsi une meilleure connaissance du produit et des populations qui peuvent s'en rendre dépendantes. Pour eux la loi intervient comme un outil social de régulation. Ils ne remettent pas fondamentalement en cause la dimension illicite des produits (sauf certains pour le cannabis) et même la répression des délits.

« ...rappeler au toxicomane que d'abord c'est un délit, c'est bon de lui ouvrir la porte, de le comprendre, de lui dire qu'on est là pour le soutenir...mais aussi lui dire qu'il fait quelque chose qui ne devrait pas se faire et qui surtout est condamnable. Moi je le rappelle à chaque malade, ne pas être trop complaisant, être un peu ferme...; que la loi est toujours là, qu'elle peut les attendre au tournant et qu'elle peut les condamner. »

Pour les généralistes, la relation à la loi est omniprésente dans la vie de leurs clients toxicomanes et ils savent que leur travail consiste à les aider à améliorer cette situation.

« ...on le sait, on sait qu'ils sont souvent allés en prison. On en parle ou on en parle pas suivant les moments ou les gens. On sait que ça peut recommencer. Ils nous disent qu'ils ne vont plus en prison depuis qu'ils sont sous substitution et ça c'est extraordinaire... »

Pour un autre la dimension de l'illicite,

« ...est prise en compte de fait puisque la loi de 70 existe, donc ça m'arrive de voir des patients qui ont été en garde à vue, qui ont été en IT ou en OS, ou qui sont en sursis... mais ces choses là étant posées, même si on en tient compte, en ce qui concerne le soin ça ne doit pas influencer... »

Le cadre législatif semble être pour ces médecins un mode de fonctionnement normal qui fait partie de la situation.

« ... pour moi, il est hors de question dans ma prise en charge de faire quelque chose qui ne soit pas respectueux de la loi ça ne m'empêche pas d'avoir des opinions par ailleurs, mais avec mon patient la loi c'est la loi... »

Un autre est plus nuancé sur certains aspects du contenu de la loi, notamment le cannabis. *« ...c'est pas facile, c'est compliqué... je suis pour la dépénalisation du cannabis, pas parce que je pense que c'est un produit anodin, au contraire...mais je pense que si il était dépénalisé on pourrait mieux l'étudier et on le connaîtrait mieux... ensuite on sortirait les personnes qui veulent l'utiliser, des circuits de l'illégalité... et ce serait plus facile à surveiller, à faire de la prévention...c'est trop peu médicalisé et trop pris en charge par la justice, il faut équilibrer les deux plateaux. »*

Si les médecins généralistes rencontrés ne remettent pas fondamentalement en cause la loi de 70, ils sont par contre souvent placés aux premières loges pour en recevoir tant les ratés que les dysfonctionnements dans son application par la justice ou la police. Car si la loi est une donnée sociale, sa mise en application est d'une grande hétérogénéité¹⁰ du fait notamment qu'elle passe par des individus dont la subjectivité peut toujours prêter à discussion.

¹⁰ De nombreux travaux ont mis en évidence l'hétérogénéité des politiques pénales dans la répression de l'usage des stupéfiants. : Pérez-Diaz (C), *La diversité des politiques pénales locales*

« ...surtout, ce que je condamne et que je ne trouve pas juste, c'est qu'il y a eu de fortes condamnations pour des gens qui portaient un simple joint dans leur poche, et qu'on détruit par la prison, je trouve que c'est exagéré... il y a des choses qui m'échappent...on prend le petit paumé au coin de son quartier... c'est les derniers maillons de la chaîne, ils sont plus victimes... je trouve que la loi n'est pas appliquée de manière objective, cela c'est certain. »

Les psychologues

Ceux que nous avons rencontrés montrent des attitudes très contrastées dans leur rapport à la question de l'illicite. Celles-ci pouvant aller du rapport à la loi en général, aux lois d'une société en particulier (et qui sont différentes selon les cultures), ou à la loi de 1970 plus précisément.

« *Malgré un gros intérêt pour l'illicite – j'ai fait des études de droit - ...dans l'exercice de ma fonction ça n'a jamais été pris en compte... je n'ai jamais vu le poids du pénal sur mes patients, je ne l'ai jamais vu ou perçu, jamais... en pratique je n'ai jamais perçu ou ressenti l'importance de l'illicite. Donc je m'interroge beaucoup là dessus, je pense que ce n'est pas anodin qu'ils soient hors la loi quand ils consomment, mais c'est une approche que je n'ai jamais pu faire sur le plan clinique.* »

Un autre, d'origine étrangère, se sent incompetent devant cette question...

« *...Moi je ne sais pas les questions de droit, je ne peux pas répondre... je ne sais pas comment ça se passe au niveau de la loi...* »

Un autre encore s'indigne de la situation absurde qui est ainsi posée au thérapeute.

« *Ce n'est pas notre problème, ce n'est pas mon problème... qu'est-ce que vous voulez que je fasse, je ne vais pas le dénoncer... c'est une absurdité ce truc là. Je ne comprends même pas le sens de ce truc là... il y a une espèce de déplacement, parce que sous prétexte que ces gens peuvent être conduits à la délinquance pour se procurer leur produit... il faudrait reprendre le problème à la source en quelque sorte.* »

La question du rapport à la loi peut aussi être interrogée de manière dynamique et évolutive.

« *Ce n'est pas une question que j'aborde nécessairement...quand elle apparaît, il y a lieu de voir de quelle façon. Est-ce qu'il y a une interrogation... une contestation... quelle est la position au fond de chaque individu par rapport au fait que l'usage est un délit... ce qui m'intéresse c'est de l'entendre un peu élaborer sur son rapport à la loi, la respecter, la transgresser...si je suis sollicité par le patient pour prendre position je me*

dans la répression de l'usage et du trafic des stupéfiants, rapport CESDIP, janvier 1988. Facy (F), Description de l'activité des services chargés notamment du suivi des mesures d'injonction thérapeutique 1989-1990,INSERM U.302, rapport 1992. Sagant (V.), Bilan de l'application de la circulaire concernant l'harmonisation des pratiques relatives à l'injonction thérapeutique, Ministère de la Justice, janvier 1997. Simmat-Durand (L.), opus cité 1998. Setbon (M.), L'injonction thérapeutique: évaluation du dispositif légal de prise en charge sanitaire des usagers de drogues interpellés, CNRS-GAPP, mars 1998. Habib (P.), « Les configurations locales de l'injonction thérapeutique: logiques institutionnelles, réseaux d'acteurs et normes implicites », in Milburn (Ph.) (sdr). L'orientation pénale et le traitement des consommations de psychotropes : évolutions, compromis et ambivalences. Rapport MILDT/INSERM/CNRS, mars 2002, p. 24-28.

garde bien de toute complaisance à l'égard des transgressions, en essayant aussi de rester à ma place de psychothérapeute, et pas de policier en plus, ou de juge en plus de ceux qui existent... c'est un peu complexe... il y a une position un peu intermédiaire à tenir.

Pour les psychologues, la dimension de la loi est une des catégories constitutives du psychisme. Mais la cohabitation de la loi symbolique et de la loi sociale dans l'espace thérapeutique les confronte à un ordre de réalité qu'ils ne sont pas toujours en mesure de maîtriser. La dimension illicite des pratiques de leurs patients semblent les conduire, soit à ne pas rencontrer le problème, soit à le placer sur le terrain psychologique de la transgression plutôt que de se risquer à assumer une position idéologique, ce que les « apprentis » du métier ne peuvent encore faire.

Les deux jeunes psychologues stagiaires, encore étudiants, que nous avons interrogés ont bien exprimé la relation subjective et expérientielle qu'ils entretiennent avec la loi. Pour l'un (qui en l'occurrence est un jeune homme), la loi apparaît comme un espace actif qui incite le jeune à transgresser pour s'approprier l'expérience et construire son identité :

« Moi, je chercherais à déculpabiliser le patient vis à vis de la loi ... dans le sens où de toute façon, c'est pas parce que quelque chose est interdit qu'on ne le fait pas...donc d'essayer de le responsabiliser sur ce qu'il a vraiment besoin ou envie...pour moi quelqu'un qui va essayer une fois la cocaïne n'est pas un délinquant, c'est quelqu'un qui aura fait une fois une expérience spirituelle...mais c'est pas quelqu'un qu'on va mettre en prison parce qu'il a fait de mal à personne...pour moi la loi est faite pour protéger les personnes...protéger les autres, oui, mais protéger la personne elle-même, je pense qu'elle est assez grande pour le faire elle-même. »

Pour la jeune fille stagiaire, de culture maghrébine, la loi « sociale » apparaît au contraire comme une limite nécessaire et protectrice.

« Je pense qu'elle est nécessaire, de toute façon il faut bien une limite. Je pense que la loi est là aussi pour la poser, et que si on la repousse ça peut être un danger. Je pense notamment pour les plus jeunes, parce que si le père n'est pas là pour faire office de loi, je pense qu'il faut qu'il y ait quelque chose. »

La mise en perspective des attitudes de psychologues en exercice et de jeunes stagiaires nous invite à tenir compte d'un certain nombre de données qui bien souvent n'ont pas leur place dans les efforts d'analyse qui sont faits pour comprendre des situations de soins. L'attention aux phénomènes de contre-attitudes s'attache à repérer chez les thérapeutes les manifestations subjectives les plus classiques (peur, fascination, rejet, culpabilité, etc.) mais elle ne s'attache pas, le plus souvent, à certaines données premières de contexte, dont la prise en compte pourrait sembler discriminatoire, notamment la question de l'âge (pour le thérapeute comme pour le patient) du sexe de la culture au sens large du terme. Cette question de la culture par exemple est vaste et complexe. Il peut s'agir de cultures ethniques différentes, mais aussi des relations plus ou moins difficiles entre citadins et banlieues, entre habitants des villes et ruraux, entre provinciaux et « parisiens », entre jeunes et moins jeunes, voire entre « jeunes » et « vieux », etc.

Les patients toxicomanes dans l'espace thérapeutique :

La relation thérapeutique avec les patients toxicomanes va mettre en contact des niveaux de représentations bien différents : les représentations que les soignants ont de la maladie, ou de la non-maladie; les représentations que les soignants se font de ces « patients », le plus souvent considérés comme « non ordinaires »; enfin la manière dont chacun va parvenir, en fonction de son propre itinéraire vers le soin aux toxicomanes, à s'approprier des « outils thérapeutiques » qui lui semblent adaptés et adaptables pour cette population spécifique. L'alchimie de la rencontre fera ensuite le reste. Nous ne pouvons ici aborder l'ensemble de cette question¹¹, nous ne retiendrons que ce qui concerne directement les représentations que les soignants ont des toxicomanes pour souligner comment ces représentations rencontrent la question de la citoyenneté.

Si la toxicomanie résiste à entrer dans une catégorie médicale, en revanche des termes comme « patient » « soins » « traitement » ou « relation thérapeutique » largement connotés sur le registre médical, ne semblent pas poser de difficultés.

Néanmoins il est intéressant de mettre en évidence, la spécificité reconnue au patient toxicomane avec les conséquences qui en découlent dans les représentations de l'échange thérapeutique.

Il semble que ce soit la dimension du rejet social dont ces patients sont l'objet qui constitue le premier élément mobilisateur pour une grande partie des intervenants.

Des patients rejetés :

La dimension de rejet dont sont victimes les toxicomanes, n'est pas une donnée nouvelle, tant dans le paysage social que médical. Mais que cette question mobilise aujourd'hui de plus en plus de professionnels dans le champ de la santé, mérite que l'on s'interroge sur les ressorts qui motivent leur engagement¹². Il est important de comprendre, que leur condition de personnes rejetées les met en situations « d'intéresser », et cela, pour un certain nombre de raisons liées à cet aspect spécifique de l'exclusion.

« Ce sont des malades qui sont rejetés au sein des villes, et même des structures qui devraient les accueillir (...) »

« Ce sont des patients qui subissent un rejet de la société, mais qui se sentent proches du monde des soignants (...) »

« Des patients malchanceux et mal soignés (...) »

« Socialement ils ne sont pas encore des patients ordinaires (...) »

« Ils sont rejetés des structures de soins vers les centres spécialisés (...) »

Des patients qui s'excluent :

Les usagers de drogues semblent participer aux situations de rejet social qu'ils rencontrent, comme si cette position d'exclus leur permettait d'alléger leur propre culpabilité en reportant sur la société la responsabilité de leurs difficultés.

« Comme si les patients toxicomanes étaient prévenus contre la société en général (...) »

« Ils viennent mais ne sont pas là (...) »

¹¹ Rapport PHRC (2005)

¹² Dans le rapport PHRC de 2005, « L'itinéraire des soignants vers le soin aux toxicomanes », p.33-39

« Ils ont une représentation d'eux-mêmes comme toxicomanes et refusent de parler d'eux »

« Il y a chez ces patients quelque chose de honteux, caché, secret (...) »

Des patients pas comme les autres :

La question de la différence est très présente dans les représentations du patient toxicomane. Mais cette différence, bien qu'elle motive globalement les soignants à s'engager vers le soin à ce type de patients n'est pas véritablement interrogée comme telle. Pour un grand nombre d'intervenants elle contribue avant tout à faire des patients toxicomane des cas difficiles. Cependant, elle participe à l'intérêt qu'ils suscitent en étant des patients actifs, qui obligent par surcroît les soignants à en faire plus et à sortir de leur cadre habituel de référence.

« Le toxicomane n'est vraiment pas un patient comme les autres, même par rapport au traitement qui pour eux est un produit (...) »

« Ils diffèrent des autres patients, ils demandent un abord différent (...) »

« Des malades qui ont besoin d'une attention particulière (...) qui sont très vite frustrés (...) »

« C'est un malade différent du malade psychiatrique, il n'a pas le même profil ni le même contact (...) »

« Il est différent parce qu'il dérange, parce qu'il veut savoir, il connaît, il vous apprend beaucoup de choses. »

Des patients difficiles pour les soignants :

Mais avant d'être questionnée, cette différence a d'abord un rôle déstabilisant pour l'ensemble des soignants. Les toxicomanes sont des patients *« qui ne font pas (...) »* ce que l'on attend d'eux, confrontant ainsi les soignants à un sentiment d'échecs. A cela s'ajoute leur hypersensibilité psychologique et leur insensibilité somatique qui placent les intervenants en terrain instable.

« Ce sont des malades difficiles qui nous renvoient un sentiment d'échecs devant nos difficultés et incapacités »

« Ils utilisent les failles du suivi et de l'équipe (...) »

« Ils sont plus difficiles à suivre (...) ils demandent une main plus ferme (...) »

« Ils ont du mal à accepter la contrainte (...) »

« En moyenne il faut plus de temps pour un patient toxicomane (...) Ils ne viennent pas au RV (...) ils perdent l'ordonnance (...) ils rappellent (...) ils sont versatiles (...) »

« Tout est falsifié (...) il faut tout reconstruire, c'est impressionnant (...) »

« Question traitement, il reproduit ce qu'il fait dans son milieu (...) »

« Ils sont lisses, ils s'adaptent pour avoir ce qu'ils veulent (...) on ne sait pas quand ils mentent (...) »

« Il sait manipuler l'entourage pour subvenir à ses besoins (...) »

« Quand ils sont très dé-insérés, ça peut faire peur, c'est à manier avec précaution (...) »

« *Ils veulent tout, tout de suite, ils transgressent les règles (...)* »

« *Ils sont plus difficiles (...)* ils croient qu'on ne fait rien pour eux (...)

« *Ils sont anxieux et angoissés (...)* il faut faire attention quand on leur parle (...)

« *Ils sont déprimés (...)* »

« *Ils sont très sensibles (...)* »

Des gens qui vivent au jour le jour :

La relation au temps que vivent les toxicomanes est très déstabilisante pour les soignants :

« *...Ce sont des gens qui ont peu de projet de vie (...) donc les projets thérapeutiques à longs termes sont difficiles avec des gens qui vivent au jour le jour (...)* »

Non seulement ils vivent au jour le jour, mais ils sont toujours dans l'urgence et le besoin immédiat. Il semble d'ailleurs que le VIH est venu ajouter une dimension supplémentaire à cette sensation d'un temps compressé :

« *Il y a parfois un élément supplémentaire qui se rajoute comme une maladie qui les terrorise et sur lequel ils ont besoin d'une aide immédiate (...)* »

Des patients avec lesquels il se passe des choses :

Pendant la différence du patient toxicomane est aussi quelque chose qui intéresse les soignants, et cet intérêt joue un grand rôle dans l'itinéraire des soignants vers cette population spécifique.

« *Ce ne sont pas des patients ingrats, ils se passent des choses (...)* »

« *Ils demandent pleins de choses, au delà du médical et du corps (...) plein de choses au delà des souffrances (...)* »

« *Ils veulent qu'on les écoute (...)* »

« *Ils obligent à faire un travail par rapport à soi-même.* »

« *Le toxicomane oblige le soignant à faire un saut, pour qu'on l'accepte comme tel, c'est comme pour le migrant (...)* »

« *Ce sont des patients qui obligent à avoir des connaissances spécifiques, à se former, à accepter la « culture » ou les représentations implicites propres à ce groupe (...) il pose la question de l'altérité (...)* »

« *Avec eux le travail est plus intéressant (...) ils sont très intelligents (...) ils ressentent tout* »

« *Ils sont « extra-ordinaires » (...)* »

« *Ils sont différents parce qu'ils dérangent (...)* »

« *Ils veulent savoir (...)* »

« *Ils nous apprennent beaucoup (...)* »

« *Ils nous apprennent à rester humbles (...)* »

Un autre rapport à la souffrance :

Les dimensions qui intéressent et qui intriguent les personnes qui interviennent auprès des toxicomanes concernent à la fois le corps et l'esprit :

« Son attitude n'a rien à voir avec un patient qui souffre (...) »

« Il ne reconnaît pas ses souffrances (...) »

« Ils ne sont pas dans la demande qu'on arrête leurs souffrances (...) ils attendent de ne plus être dépendants (...) »

« Ils ont un rapport particulier à la souffrance (...) »

« Il a un rapport actif à la souffrance, pas passif (...) »

« Ce sont des patients qui subissent et qui résistent (...) »

« Des gens qui se mettent en danger sans arrêt (...) »

« Quelqu'un qui souffre et exprime sa souffrance par des symptômes somatiques et mentaux »

Le toxicomane est un « patient actif »

« Ils demandent au médecin ce que des malades n'osent pas demander. »

« Ils demandent plus d'explications (...) plus de liberté. »

« Ils sont acteurs de ce qu'ils font, avec aussi le pouvoir de se soigner (...) »

« On ne peut l'aider que s'il veut (...) »

« Il y a aussi un paradoxe, les patients qui sont tombés dans la dépendance à un produit, sont souvent réticents à tomber dans la dépendance à un psychothérapeute. »

« Dans un sevrage il va faire qu'on ne parle que de molécules, c'est lui le chimiste de service »

« Il y a des médecins qui sont interloqués parce que leur patient connaît mieux le Vidal qu'eux. »

Cette dimension de « patient actif », voire initiateur¹³ de son thérapeute, est un élément important pour comprendre la spécificité de la relation thérapeutique avec ces personnes.. Mais d'ors et déjà nous pouvons dire que le fait de demander plus, et souvent de demander autre chose et différemment, conduit les intervenants à devoir sans cesse se réajuster dans leur rôle. C'est en ce sens qu'ils semblent dire que ce sont :

Des patients qui « travaillent » pour les autres :

Cette dimension très importante fait de la clinique de la toxicomanie un espace expérimental pour aborder les « malades » de manière globale - on pourrait presque dire totale - et cela, dans une relation partenariale où soignants et soignés doivent se construire ensemble. La référence constante à l'alliance semble exprimer, à travers des notions qui cherchent leur contenu, l'aspiration des soignants à comprendre avec leur patient.

« C'est en cela que ce malade (...) plutôt extraordinaire, va peut-être faire qu'un jour tous les malades seront pris dans leur globalité et dans tous leurs besoins (...) le VIH aussi a aidé, les toxicomanes en ont tiré une reconnaissance, un statut. »

¹³ « Initiateur », dans le sens où il parle à son thérapeute d'un monde que ce dernier ne connaît pas.

Un généraliste remarque : « *En accédant au cabinet de ville, Ils ont un rôle d'éducateurs pour la société en général* »

Un psychologue reconnaît aussi : « *C'est un patient qui sait et qui a fait des expériences que je n'ai pas faites (...)* »

Malgré tout : des patients « ordinaires »

Lorsque néanmoins les toxicomanes sont reconnus comme « patients ordinaires », et ils le sont de plus en plus, notamment parce qu'ils présentent de nombreux problèmes somatiques, très peu de mots les caractérisent et l'accès aux soins est présenté comme « la réparation » du rejet social dont ils font l'objet

« *C'est un malade qu'il faut soigner (...)* »

« *C'est un être humain en souffrance (...)* »

« *C'est quelqu'un que l'on soigne « ordinairement » (...)* »

« *Des gens comme vous et moi (...)* »

« *Quelqu'un en souffrance, morale, physique, psychique (...)* »

« *Un malade qu'on doit banaliser pour qu'il devienne un patient comme les autres (...)* »

« *Une souffrance ordinaire (...)* »

« *Quelqu'un qui a le droit d'avoir des soins (...)* »

« *Un malade que je considère comme tous les autres (...)* »

« *Un patient qui peut s'en sortir parce qu'il n'est pas né comme ça (...)* »

« *Un statut de malade qui les remet un peu dans la société (...)* »

Cadre, contrat et contrainte : la question de la citoyenneté.

Le législateur de 1970, en faisant de l'usager contrevenant à la législation sur les stupéfiants un malade autant qu'un délinquant, inscrit son recours aux soins dans un cadre de contrainte, que cette contrainte réponde à des objectifs d'ordre public ou à des préoccupations sanitaires, la question de la contrainte, de sa légitimité et de son efficacité, est au cœur de toutes les problématiques qui sont à l'œuvre dans le champ de la toxicomanie.

Plus que toute autre sans doute, la relation thérapeutique avec les usagers de drogues est influencée par des représentations sociales qui ont construit une véritable philosophie sociale de l'intervention contribuant à inscrire cet échange dans un cadre de négociation et de contrat qui va imposer ses règles, tant aux patients qu'aux soignants. Dans la mesure où les structures de soins font intervenir de nombreux professionnels, le rôle de chacun demande à être clairement défini. Cadre, contrat et contrainte sont au cœur de la relation thérapeutique avec les patients toxicomanes, et cet axe est sans doute le plus actif dans la dynamique du processus, même s'il n'est pas le plus verbalisé.

« *La contrainte pour le psychiatre, c'est de tenir le cadre ...d'être le cadre ...c'est fatiguant* »

« *La contrainte est un outil pour emmener la patient dans sa place au sein de la société, tout simplement, donc ça doit quand même transparaitre à un moment ou à un autre dans le discours d'un psychiatre* »(propos d'un psychiatre)

Un autre psychiatre insiste : « *il y a une empathie dont ils ont besoin ... mais il faut savoir où sont les limites de la relation thérapeutique.* »

Un interniste ajoute :

« *...ils nous font subir des contraintes ... nous on leur fait subir des contraintes, on est là dedans ...ils sont épuisants, fatiguants ... ils comprennent aussi que la contrainte c'est le risque de mort ...* » (propos d'un interniste)

Les infirmières sont celles qui s'expriment le plus fréquemment sur les aspects concrets de cette philosophie de l'action avec les toxicomanes parce que ce sont celles qui sont le plus présentes dans les équipes, mais tous s'y réfèrent néanmoins.

« *Il faut vraiment être toujours au clair et ne pas leur faire espérer ce qu'on ne fera jamais avec eux ...Le patient qui va manipuler, c'est qu'il va voir qu'il y a une faille dans l'équipe ...* »

Une autre infirmière souligne: « *Ils savent qu'on a accès aux produits, donc ils essaient au début de nous manipuler ...si on est rigide après ça va...* »

La question du cadre est revendiqué par tous, même le personnel d'accueil en souligne l'importance: « *...Pour moi il n'y a pas de contrainte à travailler avec eux, mettre un cadre suffit* »

La référence constante au contrat et au cadre implique la dimension de « patient actif » que nous avons évoqué précédemment. L'usager de drogues est constamment sollicité quant à sa capacité à être responsable. C'est sur la reconnaissance de cette capacité que repose la possibilité de négociation du cadre et des limites

« *En arrivant ici ils ont un contrat qui est fait avec le médecin ...ils passent un pacte ...s'ils viennent ici c'est qu'ils veulent s'en sortir ...ils doivent respecter les règles du centre ...venir aux rendez-vous ...faire des analyses d'urines pour être sûr qu'ils respectent ...ils ont le traitement pour huit jours ...eux le voient comme une contrainte ...ils ont l'impression d'être fliqués ...qu'on ne leur fait pas confiance ...pour nous c'est une façon de leur prouver qu'on s'intéresse à eux ...les réinscrire dans le respect des lois, les recadrer dans le temps.* »

« *Ce sont des gens qu'on voit beaucoup et qu'on connaît bien ...et qui nous connaissent bien aussi ...ce qui pose questions ...ils éprouvent des découragements, mais nous aussi ...on a l'impression de les porter, de se bagarrer ...il y a une espèce de lassitude ...on se dit bon, à quoi on sert...* » (Propos d'une infirmière)

Le contrat peut aussi avoir ses limites, et certaines situations sont là pour le dire :

« *Pour un sevrage on fait un contrat, mais quelqu'un qui est dépressif on va pas faire de contrat, parce que s'il le rompt on est obligé de le mettre dehors par mesure disciplinaire ...mais avec un déprimé, on ne peut pas se permettre d'appliquer la mesure.* »

Le cadre doit aussi pouvoir être dépassé :

« ...il y a la nécessité du cadre ... mais le cadre est fait pour être transgressé ... il est nécessaire d'avoir une grande souplesse ... » (propos médecin généraliste)

Conclusion :

La problématique du « soin obligé » ne se réduit pas au seul domaine de la toxicomanie, elle est aujourd'hui au centre des questions de société qui se posent au professionnel du droit ou de la santé comme au non spécialiste. Elle correspond, selon N. Maestracci¹⁴ « au constat d'impuissance de la justice et de la médecine à prendre en charge certaines situations ».

Cette réalité pragmatique, devenue visible et incontournable à partir de l'irruption du phénomène sida, a conduit la société à réviser ses catégories. La politique de réduction des risques qui en a résulté a servi de creuset pour toute une série de transformations profondes dans les cultures professionnelles.

La question de la contrainte, qui relève à la fois de la problématique du sujet et de la gestion du social, n'est pas l'apanage de la justice plus que de la santé mais elle est le point nodal de leur relation obligée. Accepter, comme dit encore N. Maestracci¹⁵, « qu'entre délinquant et malade la frontière peut être floue, comme elle l'est entre le rappel à la loi, le soins et l'intervention éducative. Prendre conscience et accepter le fait que lorsqu'on travaille sur ces problèmes les frontières sont floues » c'est déjà se rendre disponible pour qu'un interface soit possible.

De multiples associations s'intéressent actuellement à la question de la contrainte¹⁶

En juin 2000¹⁷, le sociologue J. Faget synthétise les débats de (ARÉSCJ), en mettant en évidence les distances existant entre les référents développés par les instances judiciaires et sanitaires. La justice s'appuyant sur deux stratégies, l'une « consensualiste », qui fait confiance au sujet, qui appelle le consentement de la personne et sa capacité à tenir la parole engagée et dont la médiation serait un peu l'idéal type. L'autre « thérapeutique », impliquant un modèle déterministe du sujet, démontrant qu'il n'a pas de citoyenneté. Dans ce référent il y va de l'intérêt collectif de la société, d'où le recours à l'obligation de soins qui délègue la responsabilité vers le sanitaire.

Paradoxalement remarque J. Faget « la justice appelle le médical lorsqu'elle estime que le libre arbitre est mise en cause, alors que le médical ne peut intervenir que sur un libre consentement »

Ce conflit justice-médecine, vieux de 3 siècles au moins se réactualise périodiquement lorsque surgissent des événements de nature à engager la société dans une démarche de « réflexivité », ou de « regard distancié » selon les termes d'Irène

¹⁴ Intervention lors du XXXIIIème congrès français de criminologie « Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente » Lille, 10 et 11 mai 2001.

¹⁵ Lille, 10-11 mai 2001.

¹⁶ Le Journal du Droit des Jeunes et l'association RE.SY.DE Formation ont organisé en mars et en mai 2000 un cycle de formation sur le thème : *Aider sous contrainte*.

¹⁷ ARÉSCJ : Table ronde *L'obligation de soins*, Bordeaux, 22 juin 2000

Théry.¹⁸ La consommation sans précédents de substances psychoactives ou l'arrivée du sida dans le paysage des comportements sexuels sont de nature à faire ré-émerger ces grands débats de société et à bousculer les pratiques des professionnels en charge de ces questions. Dans ce processus de regard sur soi deux logiques vont se côtoyer : celle qui cherche du sens, débats sur l'individualisation et l'avènement du sujet, la citoyenneté, la responsabilité ; et l'envers de la question en termes de dérives identitaires, d'irresponsabilité, de troubles de la personnalité, de déviance. Celle qui vient instrumentaliser ce processus à travers des dispositifs de plus en plus complexes : mesures de justice, outils pharmacologiques, prises en charge médicales, accompagnements psychosociaux, information, formation, etc. le tout appelant gestion, coordination, évaluation, etc.

La dimension de la contrainte peut être interrogée sous l'angle de ces deux logiques. Celle du sens, et dans ce cas elle apparaît soit sous l'aspect structurant de la référence à la loi, soit au contraire comme une atteinte à l'éthique - qu'en est-il du consentement donné à un soin obligé ? Le développement des soins contraints n'entraîne-t-il pas une transfiguration de la notion de peine ? - ou à la déontologie professionnelle (problème de légitimité de soins sous contrainte, confusion des rôles, le magistrat devient un prescripteur médical et le médecin, l'exécutant d'une sentence judiciaire). Celle de la contrainte dans sa réalité instrumentale. Là encore c'est un outil qui marche ou qui ne marche pas.

*L'injonction thérapeutique, avec toute sa contrainte, ne représente pas une situation très différente du toxicomane venant consulter spontanément. Cela exige de la part du clinicien une même démarche d'analyse de la demande, prenant en compte la dimension de défi à la loi inhérente aux toxicomanies.*¹⁹

L'arrivée des traitements de substitution a levé rapidement les obstacles mis pendant si longtemps par les instances sanitaires pour soigner les usagers de drogues. Dans ce nouveau contexte les soins contraints sont presque *des soins comme les autres*, et la contrainte devient même un véritable outil thérapeutique *une dynamique positive... qui permet de les réinscrire dans un respect des lois...de les aider à respecter les règles du contrat...qui aide le psychiatre à poser la contrainte...*²⁰

Mais bien plus souvent le corps médical est convaincu qu'un traitement ne peut réussir que s'il recueille l'adhésion du patient :

*Aucune thérapeutique ne peut s'appliquer si le sujet ne le désire pas, qu'elle soit médicale ou psychanalytique.*²¹

J. Faget²² rend compte des relations compliquées qu'expriment tant le juge que l'expert : rapports de pouvoir et enjeux marchands, manque de vision globale tant du côté de la médecine que de la justice, le tout conduisant à des situations d'incohérence au niveau des pratiques : contexte aveugle de la décision d'obligation de soins, logique de

¹⁸ Intervention d'Irène Théry lors du XXXIIIème congrès français de criminologie « Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente » Lille, 10 et 11 mai 2001.

¹⁹ A. Debourg, *L'injonction thérapeutique. A propos des soins sous contrainte*. In, *Psychotropes* R.I.T(1997)4

²⁰ Propos recueillis auprès de soignants impliqués dans des procédures de soins obligés.

²¹ Jacky Bourillon (psychanalyste), *L'obligation de soins et ses effets pervers*, Intervention à la Table ronde préparatoire à l'Assemblée Générale de l'ARéSCJ, le 22 juin à Bordeaux.

²² ARéSCJ : Table ronde *L'obligation de soins*, Bordeaux, 22 juin 2000

déresponsabilisation, bricolage successif et travail à l'intuition, ineffectivité des mesures etc. Et pourtant rappelle-t-il, la demande sociale ne cesse de réclamer une effectivité des solutions

Effectivité dont M. Setbon (1998) met en évidence le faible taux, du moins pour l'injonction thérapeutique.

L'adhésion aux soins est bien l'élément central qui fonde tout le dispositif sur lequel repose la loi de 70. Pour l'injonction thérapeutique comme pour l'obligation de soins l'usager de drogues doit donner son accord. Cet accord, l'ensemble des professionnels ont l'habitude de lui attribuer peu de valeur parce qu'il s'inscrit dans un contexte où le choix (soins ou poursuites judiciaires) n'offre pas les moyens d'une réelle motivation. Cependant, que l'accord soit pris au sérieux ou non, c'est malgré tout implicitement sur cet accord qui tient lieu de demande que se construit le « contrat thérapeutique », même lorsqu'il se réduit à 2 ou 3 visites à un médecin. Cette *configuration triangulaire-juge-toxicomane-soignant* dont parle R. Crété²³ inscrit, plus encore que dans la demande libre de soin, le « projet thérapeutique » dans le cadre d'un « contrat » donnant lieux à alliances, coalitions, négociations.

C'est bien dans cette configuration spécifique de la relation thérapeutique que s'est inscrite notre problématique. Et nous avons montré comment l'arrivée des traitements de substitution a profondément modifié le processus de l'échange thérapeutique. L'importance de ces transformations met d'ailleurs en évidence le rôle fondamentale (du moins actuellement) de la technique thérapeutique.

A ce titre, la contrainte peut-elle réellement s'inscrire dans les outils thérapeutiques ? L'histoire de la médecine (notamment de la psychiatrie, mais pas uniquement loin s'en faut) montre qu'elle a toujours fait partie de son arsenal thérapeutique. Ce qui continue à interroger dans le contexte des « soins obligés » par la justice, c'est la difficulté (voire souvent l'impossibilité) de relations entre ces deux instances.

²³ R. Crété, *Le toxicomane, le juge et le soignant*, dans *Psychotropes*, Déc.1997, Vol.3, n°4.

Du C.E.D.E.P. et de la résistance aux « sombres temps »

Alain Chabert

L'an dernier (C.E.D.E.P. 2006 Paris), j'avais essayé de montrer comment, du point de vue des Droits de l'Homme, la psychiatrie du XXI^e siècle comportait des éléments de totalitarisme, en phase avec les transformations de la société (marchandisation du monde et hyperbureaucratie). Pluralité (Arendt) et Multitude (Negri et Hardt) me paraissaient pouvoir être socle de résistance. Je voudrais prolonger la réflexion, en une intervention courte, centrée sur le développement d'un point nodal d'action pour le C.E.D.E.P. : la déconnexion totale nécessaire des pratiques de traitement et de formation d'avec les laboratoires pharmaceutiques. Cette action pragmatique a pour contrepoint théorique, permet et est renforcée en retour par, l'opposition résolue à l'idéologie de transparence et de prédictivité.

(Une rediffusion (préalable ?) de « De l'hégémonie des modèles au prétotalitarisme, la psychiatrie du XXI^e siècle paradigme des sombres temps actuels » est souhaitable...)

1 Repartons donc de l'hypothèse, décrite par Negri et Hardt, d'une domination mondiale par un Empire constitué des Etats-Nations les plus puissants, d'organismes internationaux, et de firmes internationales, Empire en forme de réseau et organisant un bio-pouvoir.

Face à l'Empire, Negri et Hardt proposent la Multitude comme signifiant majeur de l'ensemble des résistances.

Dans le champ de la santé, les firmes pharmaceutiques sont l'actualisation de l'Empire. Il n'est pas, alors, indifférent de mettre en rapport deux éléments : les bénéfices de ces firmes sont les plus élevés du monde marchand, loin devant les banques et les industries d'armement ; la production de ces firmes (médicaments, publicité, financement de recherches, orientation de politiques publiques, lobbying), participe directement au bio-pouvoir.

Dans le champ plus étroit de la santé mentale, l'affirmation comme seule vérité possible, de la croyance scientiste au tout génétique et au tout biologique, est nécessaire, afin de garantir, par l'implication, volontaire ou involontaire, de tous les acteurs, le maintien de cette domination et de ces bénéfices.

2 Les formes de lutte, au temps de l'Empire, comme forme aussi d'émergence de la Multitude, sont réticulaires, horizontales. Dans le champ qui nous occupe, les luttes spécifiques concernant la formation et la prescription, peuvent être considérées comme

points nodaux du réseau. Elles vont se coordonner à d'autres luttes, proches dans leur angle d'attaque de l'Empire, car ayant affaire aux laboratoires pharmaceutiques. C'est d'abord la lutte des pays pauvres pour l'accès aux médicaments essentiels, notamment contre les maladies infectieuses (Sida, bien sur, mais pas seulement), contre le monopôle de production des principes actifs, pour l'obtention de prix de vente compatibles avec les possibilités réelles des populations souffrantes. Ce qui se passe aujourd'hui en Afrique du Sud, au Brésil ou en Indes est à cet égard exemplaire et à soutenir.

Ensuite, c'est l'analyse critique, par les rares revues indépendantes des laboratoires (en France : Prescrire), à la fois des médicaments mis sur le marché, des publicités qui soutiennent leurs ventes, mais aussi des publications des agences de production des guides de bonnes pratiques (en France la H.A.S., Haute Autorité de Santé). Pour certains, en effet, de ces guides, la méthode d'élaboration peut être insuffisante, ou les recommandations guère applicables, voire même comportent des risques non pris en compte, ou une balance bénéfique – risque mal appréciée.

Enfin, c'est le travail de mise en lumière des confusions de rôle et des conflits d'intérêt, au sein des agences du médicament, avec l'affirmation de la nécessité de la stricte indépendance de tout praticien s'exprimant comme expert. C'est au niveau européen que cette lutte est à mener, et l'émergence d'un Collectif Europe Médicament est ici à saluer. Le C.E.D.E.P. pourrait établir une connexion avec ce collectif.

3 Dans le champ de la prescription, la déconnexion totale, c'est la prescription en D.C.I. (Dénomination Commune Internationale), c'est-à-dire le nom de la substance active du médicament.

Lorsque je prescris en D.C.I., j'indique au patient que je ne me fie pas au nom commercial, à un slogan publicitaire, que je m'efforce de savoir ce que contient un médicament, que, dans l'exercice de la prescription, je prends de la distance avec l'ensemble publicitaire organisé autour du nom commercial, ensemble qui comporte essentiellement des éléments analogiques (couleurs, slogans, métaphores visuelles...).

La prescription en D.C.I. permet de détecter des similitudes, voire des copies conformes : s'il est rare, qu'à un même nom commercial, correspondent deux molécules, l'inverse est plutôt banal (deux, ou plusieurs, noms commerciaux pour un même principe actif, ou pour de simple variations de forme galénique, ou de pharmacocinétique).

Prescrire en D.C.I. serait, d'après ses détracteurs, moins informatif, moins simple ! Ceci est un slogan publicitaire ! La confusion est du côté des noms commerciaux : par exemple Xanax (alprazolam) et Xatral (alfuzosine), ou bien Espérial (disulfiram) et Hepséra (adéfovir). En France, à 8000 noms de marque correspondent 1700 médicaments.

Pour les prescripteurs, l'utilisation de la D.C.I. implique la formation à la prescription –initiale et continue – par des sources d'information indépendantes, une formation à la prise en compte du rapport bénéfices – risques, incluant, par exemple, la question des excipients et de leur fabrication (certains composants étant dangereux pour certains patients), la question de la bio-équivalence (équivalence des bio-disponibilités, c'est-à-dire des vitesses et intensités d'absorption du principe actif).

La prescription en D.C.I. permet un langage commun, entre ville et hôpital, entre pays différents (nous voyageons, professionnels ou patients...), mais surtout entre patients et médecins, et donc crée les éléments d'une co-construction patient –

prescripteur. Le patient peut ne plus se contenter d'un nom commercial, donc d'un message peu ou pas informatif. C'est un pas vers la sortie d'un modèle de relation paternaliste.

Certes, il est classique, pour ses détracteurs, de dire qu'il existe des limites psychologiques à la prescription en D.C.I. : risque de perturbation de personnes atteintes de troubles psychiatriques. Cet obstacle peut être levé, si on considère la prescription comme co-construction, et le patient, y compris psychiatrique, comme apte à discuter des informations transmises.

4 Je n'insisterai pas sur la puissance des laboratoires pharmaceutiques dans le champ de la formation continue des psychiatres. La quasi-totalité de l'information sur les médicaments est le fait des visiteurs médicaux, du publi-rédactionnel des revues et abstracts, des symposium ou colloques sur les médicaments ; les grands congrès (par exemple : le W.P.A. European Congress 2008, pour lequel l'appel aux sponsoring de platine, d'or, d'argent et de bronze, est lancé), les colloques provinciaux et les soirées à thème sont financés par les laboratoires.

Les patients et les familles sont des cibles actuelles : un lobbying intense vise à obtenir l'autorisation de la publicité directe auprès des patients ; les laboratoires pourraient être chargés de la surveillance de l'observance des traitements ; les programmes de formation pour les patients, les familles, se multiplient dans ce cadre commercial.

Au-delà de l'influence sur les prescripteurs, qui se montrent par les modifications générales des prescriptions des psychotropes (remplacement habituel de l'halopéridol – médicament toujours de référence – par les neuroleptiques atypiques, émergence de tel ou tel antidépresseur selon la pression commerciale de son fabricant), au-delà du voile sur les effets secondaires et les complications de l'utilisation d'une molécule (récente affaire olanzapine), cette omniprésence tend à accréditer l'idée que la pratique psychiatrique c'est essentiellement la prescription, et que le progrès dans notre discipline ne pourra venir que de la conjonction : découverte d'une modification génétique – découverte d'une nouvelle molécule.

Face à cette puissance, il convient d'évoquer ce qui a pu être tenté pour la contenir.

C'est, d'une part, l'organisation d'une pluralité commerciale des financements : refus d'accorder l'exclusivité à un sponsor, association obligatoire de plusieurs sponsors, voire de tous les sponsors pharmaceutiques possibles, éventuellement égalité des financements avec publication identiques des sponsors.

D'autre part, il peut exister une ébauche de protection des prescripteurs, sous forme de règles pour les visiteurs médicaux : par exemple, interdiction aux jeunes médecins de recevoir seuls les représentants.

Ces pratiques sont certes intéressantes, mais laissent en l'état la pratique des symposiums satellites lors des congrès, le foisonnement d'écrits atteignant tous les psychiatres où la publicité est déguisée sous des apparences neutres et scientifiques, et la prépondérance de la pharmacologie dans les troubles psychiatriques.

L'hypothèse radicale de déconnexion, consisterait en l'interdiction de toute participation directe des laboratoires à une action de formation. Le complément de cette

interdiction serait alors l'instauration d'une taxation sur les bénéfices des firmes, le produit étant affecté aux actions de formation.

5 Libération (Patricia Tourancheau) le 08/05/2007 :

« La menace de prélèvement d'ADN proférée la semaine dernière contre deux petits voleurs du Nord qui avaient piqué des jouets dans un supermarché alimente la polémique sur le fichage génétique des mineurs...Les deux frères ont fauché deux tamagochi et deux balles bondissantes dans un hypermarché du Nord...Les vigiles les ont repérés sur les caméras de surveillance et les ont appréhendés quand leur mère passait à la caisse »

(Le fichier National Automatisé des Empreintes Génétiques a d'abord – 1998 – été créé pour les pédophiles, délinquants, et criminels sexuels. Depuis 2003, il est étendu à quasi tous les délits, même aux vols à l'étalage.)

6 Quand Norbert Wiener invente la circularité afin de pouvoir faire des prédictions, c'est une modélisation des interactions qui laisse intacte l'imprédictibilité fondamentale de chaque élément de l'interaction (c'est le sens du concept de « boîte noire »).

Quand H. Arendt nous dit que ce qui est circulaire, c'est l'éternel recommencement du cycle de la reproduction, de la croissance et de la disparition des organismes, elle précise que l'espèce humaine introduit une différence, qui la fonde : chaque homme qui naît commence quelque chose qui n'a jamais existé auparavant. On se détache de la survie, on entre dans l'existence.

Mais on peut rajouter, que voir dans la vie circularité et prédictibilité, c'est déjà une lecture, une modélisation du vivant.

Si on adopte une modélisation complémentaire, qui voit l'invention du vivant, et l'invention par le vivant, on note alors que la rencontre entre un organisme et un milieu donne une forme à cet organisme. Et l'identité de cet organisme est un phénomène évolutif, non un phénomène stable, tel qu'il pourrait être localisé dans un gène, ou un génome.

Complexité, unicité.....non trivialité : Il faut tordre le vivant et l'humain pour les trivialisier. La marchandisation du monde, c'est le plein développement du consumérisme qui (H. Arendt) « épuise la durabilité du monde », c'est le cycle accéléré de production et de destructions, qui suppose quelques outils de trivialisiation (équation de Walras des économistes, fabrication de masse, uniformisation...), privant les hommes de leur unicité.

C'est une modélisation. Pour qu'elle s'impose à tous, des règles doivent ordonner, le plus précisément possible, le rapport des individus avec le monde marchand. La bureaucratisation est complément de la marchandisation.

7 Proposons l'équation : Transparence + Cohorte + Rabattement sur l'individu = Prédicativité.

L'idéologie de la transparence met l'individu, démuné de ses protections, ou plutôt voyant réduites celles-ci à la seule barrière de son consentement éclairé, face aux pulsions scopiques généralisées. Tout de lui doit se voir, se savoir, et s'enregistrer. La

caméra et le dossier (Dossier Médical Personnel, par exemple) sont les objets privilégiés et complémentaires de cette quête du secret du sujet.

Celle-ci repose sur un renversement et une confusion.

Le renversement est celui de la perspective entre intérieur et extérieur, ou entre fond et surface. Dans une perspective humaine de la pluralité, c'est l'extérieur, la surface, qui différencie chaque homme, et, en même temps, le fabrique différent dans et par l'espace qui le relie et le sépare des autres. Viser l'intérieur, le fond, c'est viser l'identique, le non différencié.

La confusion est entre l'accumulation de données et la saisie de la complexité. La fractalisation infinie de ce qui est à voir, à savoir, de l'individu, vient en lieu et place d'une modélisation de son auto organisation comme partie du vivant et être de langage.

Une société de méfiance diffuse produit, et est produite par, ce renversement et cette confusion.

La fabrication de cohortes – en psychiatrie, les « groupes homogènes de malades » - réalise un passage des catégories de pensée, à la pensée des catégories.

Diverses inclusions nous sont proposées, veulent s'imposer aux personnes, objets d'inclusion. Les plus prégnantes, dans notre champ, sont les inclusions diagnostiques, mais des catégories ethniques ou de population à risques fonctionnent comme quasi diagnostic. Un autre nom pour inclusion pourrait être décontextualisation – recontextualisation, dans la mesure où le sujet est extrait des connexions humaines qui le constituent dans son unicité, et jeté dans un groupe qui, seul alors, est censé le déterminer. Par exemple : trouble bipolaire.

Fabriquer des cohortes peut paraître efficace contre l'incertitude devant un sujet pensant, en l'assignant à résidence dans un tel groupe.

C'est ce que j'ai appelé : rabatement sur l'individu : Des propriétés communes – et le renversement de perspective évoqué plus haut ne peut produire que des propriétés communes – sont attribuées à chaque individu inclus dans le groupe.

Transparent, inclus et identique, cet individu est prédictible. Redisons avec H. Arendt « ce qu'il y a d'inquiétant dans ces théories modernes du comportement, ce n'est pas qu'elles soient fausses, c'est qu'elles peuvent devenir vraies ». Sous condition qu'on prône « tout est possible! » (« Tout devient possible » ?).

8 Le récemment élu président de la République Française, qui était alors simplement candidat à la fonction, exprimait, en une discussion avec Michel Onfray, philosophe, l'opinion qu'il existe une fragilité innée de certaines personnes. Allant plus loin, il énonçait sa croyance, par exemple, en un gène du suicide, et un gène responsable du choix d'objet sexuel. L'existence de cette croyance n'est pas en elle-même problématique, y compris pour un président de la République. Toutefois, son expression publique crée un effet de vérité, qui, dès lors que peuvent se décliner des propositions législatives en découlant, dès lors qu'on passe de l'ordre privé du Penser à l'ordre politique de l'Agir, à partir d'une position de pouvoir, transforme le point de vue confrontable en une science d'état.

De même, un récent ministre de l'éducation nationale français déclarait il y a peu que les mérites de l'apprentissage syllabique de la lecture étaient démontrés par l'I.R.M. (Imagerie par Résonance Magnétique).

La ligne qui relie ces positions passe aussi par Jean-Pierre CHANGEUX (ancien président du Comité National d’Ethique), et son mémorable « nul ne doit ignorer la science ».

Le scientisme était, pour H. Arendt, une composante du Totalitarisme.

Bibliographie

L’ensemble de la bibliographie est celle de « De l’hégémonie des modèles... »

Pour la revue Prescrire, je conseille, en particulier, le N°239 de 2003, les N°282 et 283 de 2007.

De l'exclusion asilaire à l'intégration communautaire: disparition du fou et émergence des populations à risque.

Anna-Lisa Chiarello

En Italie, la réorganisation de l'assistance psychiatrique, au lendemain de la Loi 180 dite "Loi Basaglia" a eu pour objet la rupture du système de ségrégation asilaire et du paradoxe du caractère iatrogène de la psychiatrie qui crée la déviance sociale, donnant lieu à un processus de désinstitutionalisation.

Dans les dernières décennies, la réorganisation s'est effectuée selon deux grandes tendances: la départementalisation, liée au développement de la psychiatrie communautaire, et plus récemment l'*aziendalizzazione* du système sanitaire, c'est-à-dire la transformation du système sanitaire en entreprise et le développement de la culture du management.

Ces changements se sont inscrits dans le cadre de "la prise en charge globale de la souffrance psychique". On a assisté à la diffusion d'une clinique psychosociale sur tout le territoire créant une sorte de zone grise du socio-sanitaire. Il s'est agi d'une sorte de psychologisation de la société, indiquant par là une "démocratisation" du recours aux thérapies à radical "psy", pour reprendre une expression foucauldienne. Et, en même temps, du passage de l'exclusion asilaire à l'intégration communautaire. Il me semble que cette diffusion capillaire s'est accompagnée d'un déclin de l'intérêt fécond pour le fou qui avait animé les débats des années '70. C'est comme si, la "pleine" intégration du fou s'étant réalisée, il n'y avait plus d'objet de débat. Mais, l'intégration doit être observée sur deux plans: du point de vue de la modernisation de la société et du point de vue politique où le concept dévoile toute son ambivalence. Sur ce plan, intégration signifie l'attribution d'un rôle "ordinaire". Le statut spécial de l'aliéné disparaît de même que le régime spécial garanti par l'institution asilaire et la psychiatrie. En même temps, l'aliéné devenu usager/client perd sa visibilité.

I.

Suite au mouvement de désinstitutionalisation et d'antipsychiatrie qui s'est développé au cours des années 1970, de manière importante en particulier en Italie, les pratiques de soins en santé mentale ont pris différentes formes. On a assisté à la déssectorisation géographiques des services, au développement de l'assistance sur le territoire, à la fermeture des asiles, laissant apparemment les "fous" prendre leur place au sein de la société. On peut peut-être dire que la pratique psychiatrique s'est ouverte à d'autres disciplines, ou que son champ d'intervention s'est étendu à la zone mal définie du socio-sanitaire. Il semble également que le domaine des facteurs liés à la maladie s'est élargi et complexifié.

C'est dans le contexte de cette politique d'assistance sur le territoire qu'a été introduit le concept de continuité thérapeutique, concept-clé de l'assistance psychiatrique, selon lequel il est nécessaire de proposer des interventions non localisées dans une structure unique et totalisante, l'hôpital psychiatrique, mais des interventions en mesure de donner des réponses diversifiées à l'usager. Progressivement, le système sanitaire s'est ramifié de manière à assurer une meilleure présence sur le territoire, en conformité aux principes de continuité thérapeutique, d'accès aux services et de proximité aux contextes de vie des usagers.

La psychologie communautaire a opéré une rupture avec le système asilaire, système ségréatif qui créerait lui-même, par l'exclusion des lieux de vie naturels, une tendance à la chronicité. De cette manière, l'immobilisme rassurant du modèle asilaire est remis en cause à travers l'abandon de ses concepts fondateurs de protection, gardiennage, danger social, remplacés par de nouveaux mots d'ordre tels que réinsertion sociale, socialisation, assistance territoriale. On a commencé à parler de services de soins et/ou d'assistance, où l'intégration théorisée de l'assistance et des soins documentait l'émergence du nouveau principe de "prise en charge globale" du "patient qui porte la pathologie". L'accent n'est plus mis exclusivement sur le malade et sur les soins individuels et donc sur les phases purement diagnostiques et thérapeutiques du traitement mais sur le domaine plus vaste de la prévention.

La psychiatrie communautaire a une forte dimension empirique et vise à rejoindre une meilleure qualité de vie de la communauté. La particularité de cette approche réside probablement dans le fait qu'elle se propose comme psychologie sociale appliquée, orientée vers le changement social qui nécessite, à son tour, de la participation active des individus aux processus de transformation du social.

C'est la Loi 180/1978 qui introduit le département en psychiatrie, qui soustrait l'assistance psychiatrique à la législation spéciale et qui l'insère dans le Service Sanitaire national (Ssn). Le Département de Santé Mentale (DSM) représente alors une complexe structure d'assistance finalisée à la prévention, au soin et à la réhabilitation des pathologies psychiatriques et sa méthode de travail est basée sur le concept de "prise en charge". Un élargissement s'opère du domaine de la maladie à celui de la santé mentale au "domaine polymorphe de la souffrance psychique"¹, élargissement qui permet de ne pas rester dans le domaine restreint de la pathologie psychiatrique, mais de prendre en charge plus globalement la personne.

Un deuxième aspect important, s'inscrivant également dans cette logique, est lié plus spécifiquement à la nouvelle conception de l'assistance sanitaire centrée sur le management suite au processus d'aziendalizzazione des Unités sanitaires locales (Usl), devenues entreprises sanitaires locales (Asl – Aziende sanitarie locali). Il consiste dans le fait que le principe d'intégration socio-sanitaire se traduit, sur le plan économique, par l'obligation pour les Asl d'avoir une comptabilité séparée relativement aux prestations sanitaires et sociales. Ce type d'organisation soulève deux problèmes, l'un relatif à la spécificité des interventions ou si l'on veut de la compétence, l'autre relatif aux ressources. En ce qui concerne le premier aspect, se pose la question de savoir à quel moment cesse l'intervention strictement sanitaire et commence celle d'assistance. Il s'agit de la question de la dé-spécification des soins psychiatriques, ce qui nous ramène au problème de la zone grise du socio-sanitaire et des mal définies helping professions. Relevons dans ce "revival de la séparation" une sorte de technicisation du discours

¹ Commodari B./Commodari E., "Il dipartimento di psichiatria alle soglie del duemila", (pp. 171-241), in: Scapicchio P.L./Trabucchi M. (1999, 180).

sanitaire, pour certains une véritable “idéologie néo-technique”². Ceci nous amène au second problème et aux aspects plus spécifiques du processus d’aziendalizzazione. Celui-ci comporte une nouvelle configuration du système sanitaire dans laquelle est sans cesse soulignée la nécessité de conjuguer les critères d’efficacité (rapport entre prestations effectuées et résultats attendus), d’efficience (rapport entre ressources utilisées et résultats attendus), d’économie, de fonctionnalité et de pertinence démontrables sur la base des évidences scientifiques. Ce mouvement de rationalisation du système sanitaire trouve sa logique profonde dans la référence à l’Evidence Based Medecine.

L’aspect innovateur est donc donné par la nouvelle configuration administrative des entreprises sanitaires, un nouveau type de gestion proche de la logique de marché. Celles-ci devraient garantir de bons niveaux d’assistance également à travers le recours compétitif au marché. Le passage à ce type de conception gestionnaire a mis en premier plan une vision pragmatique du système sanitaire comme administration qui distribue et qui acquière des services.

Ce modèle s’est diffusé à partir des années ’90 et s’oppose au modèle de la psychiatrie asilaire où la définition de la qualité était basée sur la conformité aux normes et l’évaluation était faite sur le produit final à travers un contrôle extérieur et fondé sur la sanction. Au contraire, le modèle actuel s’appuie sur deux principes fondamentaux. D’une part, la position centrale de l’usager du service qui devrait participer activement aux processus décisionnels qui le concernent. D’autre part, un système de vérification non plus seulement externe mais également interne, circulaire et qui porte à un retour de l’information. On parle alors de “Système qualité”. La vérification de la qualité se fait par une évaluation des résultats qui permet d’identifier “des “paquets” de prestations plus rationnels et efficaces sur la base de l’évidence qui tire son caractère scientifique de la reproductibilité tant des comportements assistanciers que des résultats”³, laissant ainsi entendre la constitution de réponses pré-confectionnées, c’est-à-dire précisément ce qui semblait vouloir être évité.

Dans le nouveau type de gestion, le patient occupe une position centrale tandis qu’ autour de lui sont disposés les diverses typologies et les différents secteurs de l’assistance qui doivent en garantir une “prise en charge globale”, dépassant la distinction sémantique entre soigner et prendre soin⁴. La psychiatrie moderne proposerait donc une approche holistique et globale, terme désormais en vogue, de la santé mentale ayant pour but d’en cueillir la complexité et l’entrecroisement de facteurs qui contribuent à la créer. Ce type d’approche se traduit dans la prise en considération des trois dimensions biologique, psychologique et sociale de l’existence. Toutefois, en absence d’innovations en ce qui concerne l’étiologie des maladies mentales, on pourrait se demander si la référence à ces trois dimensions, présentée comme un “appel à la complexité”, n’est pas plutôt une déclaration implicite d’“impuissance thérapeutique”⁵ et si elle ne cache pas une incertitude sur ce qui détermine la souffrance psychique, dans un type de médecine, l’Evidence Based Medecine, qui paradoxalement devrait précisément être basée sur l’évidence scientifique.

Comme nous l’avons vu, les distinctions sur lesquelles était fondé le système asilaire ont été abandonnées. Deux aspects fondamentaux, étroitement liés à l’idée de centralité de l’usager, étaient à la base de cette objectif: les soins et le caractère volontaire

² Idem (218-9).

³ Idem (204).

⁴ Scapicchio P.L., in Scapicchio P.L./Trabucchi M. (1999, 14-5).

⁵ Saraceno B. (1995, 3).

du traitement. Le premier est lié à la fonction du système psychiatrique et renvoie à l'idée d'un devoir de soins, c'est-à-dire à une motivation morale qui appelle et justifie à la fois l'action. Le second relève de la liberté de l'individu et de son droit de faire recours ou non aux soins. La politique sanitaire de tutelle de la santé mentale affirme deux idées: la première regarde la centralité de l'utilisateur (de son droit, de sa volonté); la seconde, liée à la première, concerne la disposition des services de soins non seulement autour de l'utilisateur (puisque'il est central), mais également dans son contexte de vie. Relevons toutefois que, tandis que l'idée de centralité de l'utilisateur et de la disposition des services autour de lui renvoie au concept d'"orientation aux services", c'est-à-dire au fait que le service se limite à répondre à une demande exprimée à l'extérieur, sans induction, la référence au contexte de vie indique le projet de développer une politique de prévention. Ce développement concerne l'organisation interne de la psychiatrie, mais il est présenté comme découlant directement de la volonté de sortir du schéma invalidant du "patient désigné" et de la valeur attribuée à la centralité de l'utilisateur/client, devenu désormais bénéficiaire comme d'autres d'un service.

II.

Partant de ces considérations, il devient nécessaire de préciser la question de la construction des "populations à risque", étroitement liée à la nouvelle fonction de prévention de la psychiatrie.

Précisons, tout d'abord, que grâce à la technologie génétique, la distinction curable/incurable, qui oriente le système de la psychiatrie, s'est ajoutée à celle entre sain et malade. Mais ce binôme se présente surtout comme une décomposition du soin. On passerait ainsi d'une affirmation statique de sain et malade, de normal et pathologique, à une ouverture dynamique aux possibilités. En outre, il ne se décline pas seulement du côté de la curabilité, puisque l'incurabilité renvoie de toute façon à quelque chose qui peut et qui doit être fait, dans l'attente de résultats provenant du développement de la recherche scientifique, c'est-à-dire la prévention.

Nous pouvons observer, par ailleurs, que dans les programmes et les campagnes politiques de prévention un appel est fait à chacun de participer activement et de manière responsable à travers l'adoption de comportements rationnels.

Le système de la psychiatrie est alors orienté à assurer une capacité toujours plus élevée de circonscrire le champ de connaissance et de traitement des pathologies, ce qui assure en même temps sa capacité à se reproduire. Il semblerait que la prévention se développe à tel point qu'elle prévient les émergences pathogènes qui n'émergent pas, ou, autrement dit, qu'elle produit à proprement parler les risques par rapport auxquels on légitime son propre développement.

La prolifération de classification type DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) faisant référence à une multiplicité de syndromes, peut être lue dans cette perspective. On est passé de la première édition de 1952, qui contenait environ 60 pathologies, à l'édition du DSM-IV-TR (text revised) qui en compte plus de 400. Les premières éditions étaient fortement influencées par le modèle psychanalytique des pathologies psychiatriques. Dans ce cadre théorique, le classement des troubles était structuré selon la distinction entre deux formes majeures de pathologies psychiatriques, les psychoses et les névroses, et l'on insistait sur l'intensité du trouble jugé en rapport aux difficultés de fonctionnement personnel et interpersonnel de l'individu. C'est avec l'édition du DSM-III, en 1980, qu'est introduit un changement de perspective. Le modèle

psychanalytique est abandonné en faveur du modèle biomédical. Deux approches complémentaires sont développées: une approche catégorielle de type exclusivement descriptif; une approche multi-axiale qui devrait permettre une approche globale du patient. Les diagnostics reposent sur l'identification clinique de syndromes et de données para-cliniques, discernant un nombre minimum de critères suffisant pour considérer un individu comme "porteur de pathologie".

On peut alors parler de généralisation de la fonction médicale, où la distinction curable/incurable qui s'était ajoutée à la distinction sain/malade semble non seulement en prendre totalement la place mais également annuler "la ligne de démarcation entre santé et maladie, normalité et pathologie"⁶, étendant ainsi à l'infini le domaine potentiel d'intervention.

Devant l'incertitude produite par le risque, l'extension de la prévention, qui non seulement s'effectue dans le présent mais fonctionne aussi comme anticipation, sert à en circonscrire de la façon la plus étendue et exhaustive possible l'aire potentielle de manifestation, avec une claire référence aux conditions de vie et à l'environnement comme facteurs causals co-déterminants de l'émergence pathogène.

La question de l'identification des populations à risque nous semble ainsi liée au déplacement de l'attention de la part de la psychiatrie sur les signes prodromiques, témoignant d'un élargissement de la prévention, à travers le dépistage préventif, à des signes qui se situent avant même les symptômes.

Tandis que la perte de visibilité du fou a laissé la place à sa réapparition moins visible sous forme d'usager/client en dehors du système psychiatrique, les populations à risque sont rendues visibles dans le système précisément par leur identification comme telles de la part du système. C'est ici que semblent se rencontrer dans leur diamétrale opposition les théories de la biopolitique et la théorie des systèmes. Pour celle-ci, les populations à risque sont incluses parce qu'objet d'attention de la part du système. Ce qui est lu par les théories de la biopolitique comme processus d'exclusion à travers l'identification de groupes indésirables au regard desquels sont mis en œuvre des dispositifs de contrôle. Le point de rencontre de ces deux perspectives consiste dans l'attention portée à ces populations qui peut être décrit comme "auto-contradiction performative"⁷, c'est-à-dire comme le paradoxe consistant à produire la stigmatisation qui voulait être évitée.

La nouvelle psychiatrie sociale et le déploiement du réseau socio-sanitaire, dont nous avons parlé plus haut, avec l'augmentation des figures diversifiées d'experts et de techniciens-spécialistes, configure ces nouveaux experts comme des sortes de médiateurs entre les institutions du pouvoir et les individus. F. Basaglia parle de "nouveaux administrateurs de la violence du pouvoir" qui cachent sous couverture d'une fonction thérapeutique leur fonction réelle de vecteurs de l'adaptation des individus à être des "objets de violence". Le passage de l'exclusion à l'intégration est vu en terme de contrôle territorial qui s'élargit à chaque aspect de l'existence et qui se vaut du concours de diverses disciplines. Dans cette perspective, l'inclusion est entendue comme une nouvelle forme de normalisation, c'est-à-dire d'intégration des "différents" dans la "raison productive" de l'époque contemporaine. Le discours est donc posé en terme de maintien du pouvoir, accompagné d'une critique aux pratiques d'inclusion réformatrice. Ces

⁶ Lemke Th. *Biopolitica e neoliberalismo. Rischio, salute e malattia nell'epoca post-genomica*, Communication présentée à la Faculté de Lettres et Philosophie de l'Université de Bari, 20.04.2007.

⁷ Messner Cl. (2006, 9).

pratiques se révèlent à travers leur diffusion territoriale capillaire, rendue possible par le discours sur l'amélioration de la qualité de vie. Dans cette optique, la bonté et la nécessité de la prophylaxie et de l'hygiène publique ainsi que le projet volontariste d'optimisation de la qualité de vie, qui est indépendante des besoins et des droits, s'affirment de manière inconditionnée⁸.

III.

Je voudrais donc conclure sur la question du management des risques, qui peut être énoncé également comme sémantique du risque à la base de l'organisation de la société actuelle.

Le développement des politiques axées sur la gestion des risques ne doit pas être lu dans la perspective traditionnelle du déclin de l'État social. Il est nécessaire d'aller au-delà de l'idée purement descriptive du déclin, mais aussi au-delà de l'hypothèse que l'État social a épuisé sa mission. On laisserait entrevoir par là différentes suppositions comme le manque de ressources, une intégration "pleine" et "réussie", et l'on interrogerait pas la définition même d'État social. Il me semble qu'au lieu de parler de déclin de l'État social on puisse parler de ré-orientation des prestations fournies par le système de la politique à la société⁹. Dans le langage politico-administratif typique du Welfare, le système politique est entendu comme État social ou "État de bien-être" et la société est considérée comme bénéficiaire de prestations distribuées par l'État. Dans cette acception, on parle de prestations sociales en termes d'allocations pour compenser une perte ou permettre l'accès aux services. L'État de bien-être fonctionne comme vecteur de développement de la citoyenneté exprimée par le "droit à". Pour opérer dans son objectif de garantir le bien-être, l'État social a utilisé l'équité comme instrument de compensation des exceptions contenues dans le principe rigide et formel de l'égalité. Avec le Welfare, la question de l'exclusion est posée en termes de possibilité de penser l'inclusion de tous. La préposition "à" de la formule du "droit à" est par définition vide de sens et elle ouvre un vague propre à l'énonciation des droits formels. Dans ce sens, le vide qu'elle introduit se prête bien à son remplissage. C'est la porte qui ouvre le système juridique sur le système politique et qui indique donc leur rapport de tangence. Par elle, on va au-delà de la citoyenneté juridique. Le "droit à" se configure comme promesse d'une citoyenneté "pleine" qui prend, dans l'acception traditionnelle de la société et dans la définition hypertrophique du système politique, le sens de citoyenneté sociale. Toutefois, un paradoxe se cache précisément dans le processus de démocratisation qui a généré une revendication toujours plus étendue de droits et l'affirmation des particularismes. En effet, l'identification et l'affirmation des particularismes sont aussi le résultat des catégories classificatoires créées par les pouvoirs publics pour l'identification des groupes en faveur desquels ont été développées les politiques de positive action. Comme l'affirme N. Luhmann à propos de la sémantique de l'équité, le paradoxe reste invisible et il est remplacé par une nouvelle narration, une nouvelle "stratégie sémantique", dont le

⁸ Di Vittorio P. (2002, 2).

⁹ L. Wacquant parle du passage de l'État-Providence à l'État-Pénitence et de l'affirmation concomitante de la "raison pénale". Cette hypothèse théorique consiste à retenir que dans le contexte du reculeme nt de la protection sociale, les objectifs de réinsertion ou d'intégration laissent la place à des politiques de défense sociale. L. Wacquant analyse les politiques de "tolérance zéro" et leur diffusion à partir des États-Unis. La "criminalisation de la misère" est présentée comme complément nécessaire de la précarité salariale et sociale et comme traduction en matière de justice de l'idéologie économique néolibérale. Wacquant L. (1999).

succès est toutefois limité par le fait que “les paradoxes ont la fatale inclination à reparaître”¹⁰. Ainsi, la valeur de l'équité qui avait orienté les politiques de discrimination positive¹¹ dévoile son propre paradoxe. La sémantique du risque se prête bien à la substitution dans la mesure où, comme je l'ai déjà dit, elle contient un appel à l'anticipation et un devoir d'agir préventivement, permettant au système de se reproduire en laissant le paradoxe sur lequel il se base sur le fond, sans réflexion.

R. Prandini, traitant du paradoxe et des limites de la forme inclusion/exclusion sociale, affirme l'analogie du code inclusion/exclusion avec celui de santé/maladie, car dans les deux cas la valeur de connexion est la valeur négative: “Seule l'exclusion semble instructive pour programmer les interventions, pour pouvoir produire de l'inclusion. Dans ce sens (...), on observe une seule inclusion et une infinité d'exclusions. Mais cela signifie qu'une réflexion sur les processus d'inclusion est absente”¹².

Ma réflexion portait de la question de la visibilité du fou, ou mieux de la perte de visibilité du fou, devenu client/usager du système sanitaire, suite à l'attention particulière dont il avait été l'objet dans les années 1970. Avec les deux expansions concomitantes de démocratisation de la psychiatrie et de psychologisation de la société (ce que l'on a appelé plus haut la généralisation de la fonction médicale), le fou a perdu son statut de sujet spécial. Le discours fait par la psychiatrie sur la centralité de l'utilisateur semble se présenter comme signe tangible d'une intégration réussie, d'où la perte de visibilité. Mais l'émergence des populations à risque porte à s'interroger sur le sens de cette intégration et sur la question de la construction de ces populations qui s'insère pleinement dans la thématique de la visibilité et de l'exclusion/inclusion.

Bibliografia.

1. Di Vittorio P. (2002), Soggetti “speciali”. I paradossi del governo liberale, in Fogli di Informazione, n.194.
2. Lemke Th., Biopolitica e neoliberalismo. Rischio, salute e malattia nell'epoca post-genomica. Paper presentato ad un seminario della Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Bari, 20 aprile 2007.
3. Luhmann N. (1988), The Third Question: The Creative Use of Paradoxes in Law and Legal History, in: Journal of Law and Society, vol. 15, n. 2, pp. 153-165.
4. Messner Cl. (2006a), “Individuals first”? Osservazioni sulla nuova strategia europea di sicurezza globale, in: Antigone, 1, 2.
5. Prandini R. (1999), Dopo la catastrofe della Forma: i dilemmi dell'inclusione sociale, in: Sociologia e politiche sociali, Milano, FrancoAngeli, a. 2, n. 3, pp. 129-173.
6. Saraceno B. (1995), La Fine dell'Intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica, Milano, Etaslibri-RCS Medicina.
7. Scapicchio P. L./ Trabucchi M. (1999, a cura di), I Servizi psichiatrici nella sanità riformata, Bologna, Il Mulino.
8. Wacquant L. (1999), Les prisons de la misère, Paris, Ed. Raisons d'Agir.

¹⁰ Luhmann N. (1988, 156).

¹¹ Cette expression manifeste dans l'association des deux termes antithétiques sa propre contradiction.

¹² Prandini R. (1999, 143-4)

9. Baraldi C./Corsi G./Esposito E. (1995), *Luhmann in Glossario. I Concetti Fondamentali della Teoria dei Sistemi Sociali*, Milano, Franco Angeli.
10. Basaglia F. (1997, a cura di), *Che cos'è la psichiatria?*, Milano, Baldini&Castoldi.
11. Basaglia F. (1998, a cura di), *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Milano, Baldini&Castoldi.
12. Bobbio N. (1995), *Il futuro della democrazia*, Torino, Einaudi.
13. Bobbio N. (1997), *L'età dei diritti*, Torino, Einaudi.
14. Castel R. (1976), *L'ordre psychiatrique*, Paris, Ed. de Minuit.
15. Castel R. (1981), *La gestion des risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychoanalyse*, Paris, Ed. de Minuit.
16. Catucci S. (2001), *Introduzione a Foucault*, Roma-Bari, Laterza.
17. Dal Lago A. (2000), *La Produzione della Devianza*, Verona, Ombre Corte.
18. De Giorgi A. (2000), *Zero Tolleranza. Strategie e pratiche della società di controllo*, Roma, Ed. Derive Approdi.
19. Foucault M. (1972), *Histoire de la Folie à l'Age Classique*, Paris, Gallimard.
20. Foucault M. (1975), *Surveiller et Punir*, Paris, Gallimard.
21. Foucault M. (2003), *Naissance de la clinique*, Paris, PUF.
22. Luhmann N. (1985), *Struttura della società e semantica*, Roma-Bari, Laterza.
23. Luhmann N. (1996), *Sociologia del rischio*, Milano, Mondadori.
24. Luhmann N./De Giorgi R. (1993), *Teoria della Società*, Milano, Franco Angeli.
25. Messner Cl. (2004), *Osservando il soggetto. Esercizi su individuo diritto e società*, Lecce, PensaMultiMedia.
26. Ongaro Basaglia F. (1982), *Salute e malattia. Le parole della medicina*, Torino, Einaudi Ed.
27. Piro S. (1988), *Cronache Psichiatriche. Appunti per una Storia della Psichiatria dal 1945*, Napoli, ESI.
28. Pizzi G.-C., Philosophie de l'“Aufklärung” et tradition: une introduction à N. Luhmann, in *Rivista: Multitudes web*, <http://multitudes.samizdat.net/philosophie-de-l-Aufklärung-et.html>, ultima rilevazione: 30.07.2006.
29. Ruesch J./Bateson G. (1976), *La matrice sociale della psichiatria*, Bologna, Il Mulino.

Construction d'une démarche sur la santé mentale à Marseille

Dr Françoise Gaunet Escarras, adjointe au Maire de Marseille, déléguée à l'hygiène et à la Santé,

Marseille est une ville portuaire située au bord de la Méditerranée. Sa population est de 800 000 habitants (recensement de mars 1999)

Marseille représente à elle seule près de la moitié (43 %) de la population du département des Bouches-du-Rhône (1,8 millions d'habitants), département le plus peuplé de la région Provence Alpes Côte d'Azur (4,5 millions d'habitants).

Les Marseillais sont nombreux à être issus des différentes vagues d'immigration d'origine méditerranéenne essentiellement (grecque, italienne, espagnole, maghrébine) mais aussi une forte population d'origine comorienne, et enfin dans une moindre mesure d'Afrique Subsaharienne.

Marseille est une ville relativement pauvre mais dans la 4^{ème} région la plus riche de France. (moyenne de 14,1% de chômeurs à Marseille en 2005 pour 9,1% au niveau national)

Difficultés économiques dues notamment au déclin relatif des activités portuaires du 1^{er} port de France dans les 30 dernières années.

Mais la tendance se modifie progressivement depuis quelques années : stabilisation de la perte démographique et de la réhabilitation urbanistique, dynamiques de relance économique, notamment grâce à de grands projets comme EUROMEDITERRANEE.

La Santé Publique en France est née au niveau des communes, notamment au cours du 19^{ème} et au début du 20^{ème} siècle, lorsque les progrès et aménagements en matière d'hygiène décidés par les pouvoirs locaux, ainsi que la lutte contre les épidémies, ont permis d'améliorer considérablement la santé des habitants.

Des politiques de prévention relativement efficaces ont été alors organisées, même si bien entendu ces progrès allaient parfois de pair avec une certaine volonté de contrôle social.

La deuxième partie du 20^{ème} siècle a vu la santé se construire plutôt autour du modèle biomédical et les progrès de la médecine ont vu le système curatif de prise en

charge de la santé individuelle, prendre largement le pas sur les aspects préventifs et de santé collective.

Ceci s'établit parallèlement avec les évolutions de la protection sociale et le développement de ce que l'on appelle "l'Etat Providence". C'est donc l'Etat qui détient la plupart des compétences légales en matière de santé, et de soins notamment et qui en particulier, définit la politique de santé en France.

Les lois de décentralisation des années 80 répartissent ces compétences essentiellement entre l'Etat et dans une moindre mesure, le Département. La commune ne conserve, notamment dans les grandes villes disposant d'un Service Communal d'Hygiène et de Santé, que quelques attributions sur l'hygiène du milieu.

Pendant, le plus souvent, et cela a été le cas à Marseille, ces services ont conservé d'autres prestations "traditionnelles" comme les vaccinations et l'information préventive notamment. Ils ont bien entendu un rôle dans l'application des pouvoirs de police du Maire en matière de Salubrité Publique.

C'est donc ainsi que l'on peut dire que la Ville, en tant que Collectivité Territoriale, n'a pas de compétence légale, obligatoire dans le domaine de la santé mentale.

Et pourtant comme de nombreuses autres villes, la Ville de Marseille est confrontée à la santé mentale dans son quotidien et dans diverses situations. Certaines difficultés de nos concitoyens constituent une sollicitation pour nous, élus locaux dans nos fonctions de gestionnaires de la vie dans la cité

En effet, ces dernières années, de par la spécificité de nos mandats, nos services et nous-mêmes sommes confrontés souvent en première ligne à la prise en compte de situations qui renvoient à une problématique de santé mentale bien que celle-ci ne soit pas inscrite comme objet spécifique des politiques municipales. Ces situations recouvrent des formes extrêmement variables, difficiles à gérer telles que :

Les situations d'incurie, d'isolement, de rupture sociale, de détresse, de précarité et de souffrance psychique. Nos services sont saisis de plaintes du voisinage pour nuisances, dangers, violences, pour des hospitalisations sous contrainte, mais aussi pour des demandes de soutien de la part de proches, de familles, de soignants.

Il est parfois question de stigmatisation, de violence subie, de patients isolés victimes d'abus dans l'environnement urbain. La présence dans la rue de nombreuses personnes sans domicile fixe, en rupture de prise en charge ou non connues par les services de soins, la détérioration sensible de leur état physique et psychique inquiète et nous inquiète.

Nos agents dans les services d'accueil nous disent être confrontés à l'agressivité de certains administrés qui semblent craquer nerveusement et en public. Nous sommes également régulièrement sollicités pour des demandes de réhabilitation, de réinsertion pour des personnes sortant de dispositifs de soins.

On nous parle de discontinuité entre les différents soins psychiatriques, entre la prise en charge médicale et l'intervention sociale. Ces situations nous confrontent à la fois à des problèmes de santé mentale et des problèmes de société

Ce sont la récurrence des sollicitations, l'idée d'une multiplication de situations restant sans solution où prédominent la tension et la gravité qui interrogent aujourd'hui la responsabilité des élus.

En effet, la position de proximité qui est celle de l'élu local lui confère une responsabilité dans la production du « Vivre Ensemble ». Cependant les élus ne sont pas toujours suffisamment éclairés notamment sur les questions relatives à la Santé Mentale. Ils ont besoin d'être accompagnés.

En effet, le politique, face à certaines situations, peut être livré à lui-même et il a besoin de rencontre, d'expertise, d'aide dans sa capacité à aller vers ses concitoyens et leurs besoins. Pour ce faire, il doit faire sienne les fonctions de régulation, de médiation, de facilitation, de convocation, d'élaboration collective, l'interpellation.

Consciente donc que la proximité constitue un vecteur central et une condition pour la mise en place d'actions concertées et adaptées aux besoins de nos concitoyens, j'ai souhaité au titre de mes responsabilités en matière de Santé Publique contribuer localement à une démarche fédératrice et pragmatique qui vise à croiser les différents regards, les points de vue, accompagner la réflexion et aider à la mise en place d'actions.

Ainsi, dans un premier temps, la mairie a confié une mission d'étude à l'Observatoire Régional de la Santé. Cette étude comporte plusieurs volets :

la réalisation d'un tableau de bord sur la santé mentale à Marseille :

A partir de la compilation de données existantes ce tableau de bord « santé mentale » de la ville de Marseille a pour objectif général la réalisation d'un état des lieux des problèmes de santé mentale sur le territoire communal, selon, si possible une typologie de ses arrondissements. (Par exemple : informations sur diverses catégories de pathologies et divers aspects de la santé mentale -dépression, comportement suicidaire, etc... en termes de mortalité et/ou de morbidité-¹ selon divers groupes de population).

Le tableau de bord fera également un état des lieux du recours aux soins (consommation de médicaments, visites de spécialistes) et de l'offre de soins dans ce domaine à Marseille (densité des différentes spécialités du domaine en libéral).

Il est accompagné en complément, d'une analyse de la littérature scientifique pertinente dans le domaine permettra de mettre en perspective les résultats observés au travers des divers indicateurs.

La description des modes de réponse existant à Marseille pour la prise en charge de ces problèmes ainsi que le recensement des structures associatives de première ligne confrontées à la gestion de situations liées à la santé mentale.

L'objectif du travail est bien d'aborder les problématiques de souffrance psychique et de santé mentale du point de vue des compétences et ressources existant à

¹ InVS. Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale. Rapport final rédigé par Anne Lovell. 2004. 72 p.

Marseille, de façon à permettre d'identifier les acteurs, les ressources et à déterminer les modalités d'intervention ou d'action de la ville de Marseille dans ce domaine.

Une analyse des problèmes se posant dans la prise en charge en terme de santé mentale à Marseille par une enquête de type qualitatif effectuée à partir du recueil de trajectoires de personnes (cas types) par des entretiens semi-directifs et ensuite par l'anonymisation et utilisation de ces trajectoires comme support d'interview de professionnels ou d'acteurs sociaux pouvant être impliqués de près ou de loin dans chacune de ces trajectoires.

Les résultats des trois volets de cette étude nous seront rendus au cours du dernier trimestre de l'année en cours.

Conseil d'orientation en santé mentale

Dans un deuxième temps, en lien avec le Maire, il m'a semblé important de constituer, à l'échelle de la ville, un espace de partage des constats, de concertation, de réflexion, d'élaboration collective, et si possible de propositions. Cette instance, Conseil d'Orientation en Santé mentale, dont l'assemblée constituante s'est tenue le 17 octobre 2006, réunit des élus, partenaires institutionnels, des professionnels des champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, les services de police et de justice, des associations d'usagers et des familles, des chercheurs.

Elle s'attache à prendre en compte les liens entre Ville et santé mentale, contribue à définir les contours de ces problématiques, en respectant la place et les compétences de chacun.

Elle veille à appréhender les actions nécessaires à la reconnaissance et à l'exercice de la citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiques.

Elle devra soutenir la mise en œuvre d'actions expérimentales sur le territoire au regard des besoins observés, ce, dans une articulation concrète des Politiques publiques. Bien évidemment, il ne s'agit pas d'intervenir sur la question des soins, mais bien sur l'expression de la souffrance dans la ville, et la place faite aux malades dans la cité.

Les objectifs de ce Conseil d'orientation sont :

La construction d'un outil /observatoire/tableau de bord permanent.

Le développement d'une culture commune sur les questions de santé mentale contribuant à la dé-stigmatisation des personnes malades et optimisant les capacités de réponses des services généralistes

Nous travaillons à la mise en place de colloques, de formations interprofessionnelles à partir des pôles ressources que constituent les Centres hospitaliers)

La création et le fonctionnement d'une cellule d'aide à la décision pour accompagner notamment les élus ou services confrontés à des situations d'urgence, de crise, à des signalements restés sans réponses. Conçue comme un « conseil des sages », cette cellule s'attellera à définir les principes éthiques et pratiques de la protection

apportée aux personnes et veillera à ce que ne soit pas portée atteinte à la liberté individuelle de façon arbitraire.

Le soutien à l'insertion des personnes en soin au sein de la cité. (notamment sur l'accès au logement, la qualité de vie...)

L'aptitude à entendre ce qui se vit et s'exprime sur un territoire pour agir dans le sens de l'intérêt commun n'est pas fait acquis pour des élus

Cette aptitude nécessite un postulat : celui de croire que la Ville n'est pas une simple construction gestionnaire et technique, mais un espace vivant, espace d'incertitude, sans cesse en apprentissage de la différence et de l'altérité, de production du vivre ensemble. Et cet espace nous concerne tous.

« secteur psychiatrique et nouvelle organisation territoriale des soins en France : le marché prend ses aises »

Claire GEKIERE,

En France, à côté d'une psychiatrie privée, le service public de psychiatrie est assuré par les secteurs de psychiatrie, qui recouvrent l'ensemble du pays, dont le programme politique impulsé après la seconde guerre mondiale peut se résumer ainsi : « tourner le dos aux pratiques asilaires, garantir la continuité des soins tout au long de l'évolution des troubles d'un patient, par des réponses thérapeutiques différenciées dans le temps et dans l'espace, en l'aidant à maintenir le lien avec sa communauté sociale ». La citation suivante, tirée du mensuel du ministère de la Santé consacré à la santé mentale, disqualifie subtilement cette définition, et aussi l'idée d'une planification basée sur l'égalité et non sur l'équité « les chiffres de 70000 et de 210000 [taille des secteurs adultes et infanto-juvéniles] apparaissent comme contraignants parce qu'ils conduisent à considérer comme semblables tous les individus, sans considération de leur âge, de leur sexe et de toutes leurs caractéristiques épidémiologiques. Cette vision égalitariste pouvait se comprendre à la fin des années 50, alors que la psychiatrie traitait surtout des pathologies à distribution aléatoire dans l'espace, et que l'on pouvait, en outre, penser que l'élévation du niveau de vie concernait ou allait concerner l'ensemble de la population, chaque citoyen devant être l'égal de tous dans la vie comme devant la loi. Cette conception égalitariste n'est, hélas, pas confirmée par les faits ».

La nouvelle organisation des soins en France (pour l'ensemble de la médecine), avec des « schémas régionaux d'organisation » applicables dans des « territoires de santé », ne réalise pas seulement un changement d'échelle (du département à la région pour la psychiatrie) mais peut être vu comme moyen de gestion de collections d'individus en mouvement (des flux) et non plus de collectifs humains ayant des droits acquis historiquement construits (des citoyens avec une protection sociale solidaire par exemple) ; « il n'y a pas de contradiction entre planification et parts de marché » peut alors dire un gestionnaire en charge du schéma régional. Ou comment confondre l'horizon politique d'une égalité citoyenne dans l'accès au système de soins avec une vision de la santé comme marché à se partager entre producteurs concurrents, cherchant à répondre à, ou à susciter (les troubles alimentaires, les dépressions mineures transitoires....), une somme de besoins individuels.

Nous parlerons donc d'individus autonomes, consommateurs de soins, mobiles dans des territoires de santé

D'une offre en rapport avec la fabrication de populations-cibles (à partir du listage des caractéristiques des individus, d'où une extension massive du fichage des patients), offres concurrentielles, sur des produits de soins tour a tour valorisés (en ce moment les addictions, la précarité, les agresseurs sexuels et les victimes)

D'internements (encore réservés au service public, qui durent moins longtemps mais augmentent en nombre)

De professionnels sur la défensive, avec des psychiatres moins nombreux à très court terme

De tutelles arrogantes qui imposent et ne négocient rien, fortes de l'absence de contre-pouvoirs, évoquant les féodaux d'antan.

Et de comment la « psychiatrie de secteur » française tente de se débrouiller avec...

Le sujet que j'aborde, les évolutions de la psychiatrie de secteur en France, présente me semble-t-il un double écueil :

Celui de l'opportunité de ma vision critique et assez pessimiste, celle d'un système en crise, alors que la Roumanie s'inspire justement du modèle français de psychiatrie de secteur pour réformer son propre système

Celui du sens des mots. Je ne parle pas ici des questions de traduction ou de transpositions de concepts comme « service public » ou pratique « privée » ou « libérale », mais je pense aux glissements de sens qui, en France même, peuvent nous rendre confus ces temps-ci.

Par exemple, la notion de « territoire de santé » fonctionne comme un leurre car elle prétend s'occuper de planification, de service public et d'aménagement du territoire, de répartition des ressources en fonction des besoins de soin en psychiatrie et en santé mentale, alors qu'il s'agit, dans chaque région française, de redistribuer les activités de soins entre le système public et le système privé (les hôpitaux publics d'un côté et les cliniques privées de l'autre pour aller vite), en restructurant le service public comme une entreprise marchande. Les termes employés fonctionnent comme des leurres.

C'est déjà beaucoup plus clair si l'on regarde en même temps la réforme hospitalière en cours pour l'ensemble du système de santé : « nouvelle gouvernance », « tarification à l'activité », « réforme des statuts médicaux » ; novlangue certes, mais qui ne cache elle pas son jeu : il s'agit de transformer tous les hôpitaux publics en entreprises productrices de soins et de santé devenus biens de consommation. Maintenant c'est l'activité des hôpitaux qui génère leur budget, comme dans une entreprise la vente des produits alimente la caisse. Il n'y a donc plus de planification puisque les moyens suivent les malades et ne les précèdent pas. Exit l'idéal républicain d'égal accès aux soins pour tous. Et bien sur, ces hôpitaux il faut au passage les restructurer pour les rendre plus « efficaces ». En France, avec ce système et la réduction très importante des budgets hospitaliers, tous les hôpitaux qui n'ont pas de nombreux postes vacants sont déficitaires (ce qui est interdit) et sont alors soumis à des « plans de redressement » souvent dénommés « contrats de retour à l'équilibre », appellation où l'euphémisation joue à

plein mais dévoile en même temps que les budgets sont devenus une fin en soi et non plus un moyen au service d'une politique.

Ceci posé, d'après les résumés des interventions prévues, plusieurs orateurs, notamment italiens et français, se préoccupent aussi de la transformation des services publics en entreprise marchande. Cela pourra sans doute permettre une élaboration collective de la façon de penser ces évolutions et ensuite, je l'espère, d'y faire face.

En France, à côté d'une psychiatrie privée, le service public de psychiatrie est assuré par les secteurs de psychiatrie, qui recouvrent l'ensemble du pays, dont le programme politique impulsé après la seconde guerre mondiale peut se résumer ainsi : « tourner le dos aux pratiques asilaires, garantir la continuité des soins tout au long de l'évolution des troubles d'un patient, par des réponses thérapeutiques différenciées dans le temps et dans l'espace, en l'aidant à maintenir le lien avec sa communauté sociale ». En écho, le journal mensuel consacré à la santé mentale par le ministère de la Santé disqualifie subtilement cette définition, et aussi l'idée d'une planification basée sur l'égalité et non sur l'équité dans un numéro intitulé « Territorialité et santé mentale » : « les chiffres de 70000 et de 210000 [taille en population des secteurs adultes et infanto-juvéniles] apparaissent comme contraignants parce qu'ils conduisent à considérer comme semblables tous les individus, sans considération de leur âge, de leur sexe et de toutes leurs caractéristiques épidémiologiques. Cette vision égalitariste pouvait se comprendre à la fin des années 50, alors que la psychiatrie traitait surtout des pathologies à distribution aléatoire dans l'espace, et que l'on pouvait, en outre, penser que l'élévation du niveau de vie concernait ou allait concerner l'ensemble de la population, chaque citoyen devant être l'égal de tous dans la vie comme devant la loi. Cette conception égalitariste n'est, hélas, pas confirmée par les faits ».

Entre les deux s'est produite une évolution qu'illustre l'élection présidentielle française : un fils d'immigré peut par ses seuls talents personnels arriver aux plus hautes fonctions. Ceux qui n'y arrivent pas ne doivent s'en prendre qu'à eux-mêmes (et à leur vulnérabilité et à leur patrimoine génétique). Du coup l'équité, qui « consiste à aménager des efforts pour corriger les déséquilibres de l'ordre naturel du marché » remplace tout naturellement l'égalité, « droit politique historiquement construit acquis par le combat social », et la concurrence remplace la solidarité (pardon : l'émulation remplace l'assistanat).

Mais pour être équitable envers des individus, et non plus solidaire par principe, il faut mieux les connaître, sinon comment compenser des différences que l'on ne quantifie pas ?

Premier effet concret sur la psychiatrie de secteur : le fichage des populations suivies

Il faut connaître les caractéristiques de populations d'individus et leurs besoins, au lieu de tendre à une offre de soins suffisamment répartie et accessible sur le territoire. Lister des caractéristiques individuelles en psychiatrie aboutit rapidement à empiler des

masses de données dites sensibles dans les fichiers des Départements d'Information Médicale des hôpitaux : diagnostics psychiatriques, hospitalisation libre ou sous contrainte, données socio-démographiques (type de ressources, mesure de protection des biens...). Toute personne consultant en un point du secteur doit y être enregistrée. Le risque d'utilisation à des fins sécuritaires avec des atteintes à la vie privée est probable à mon avis dans les temps qui viennent (l'accès légal aux données personnelles, ainsi que leur possibilité d'interconnexion s'élargit d'année en année). N'oublions pas que les hospitalisations sous contrainte augmentent régulièrement, et que la réforme à l'étude en ce moment envisage sérieusement une simplification des procédures au nom du pragmatisme et du bien des patients réunis.

Deuxième effet sur la psychiatrie de secteur : un changement de paradigme clinique

Pour accumuler ces données, il faut les recueillir, pour les recueillir, il faut que des personnels soignants les fabriquent. Double impact : cela détourne du temps soignant en quantité importante et cela conduit les soignants à se définir par rapport à, et à intérioriser, un modèle de maladie mentale réducteur et hégémonique. Il s'agit maintenant, dans l'ensemble des services de psychiatrie où le recueil est devenu obligatoire depuis janvier 2007, d'une production industrielle de données et notamment de diagnostics, qui suppose un diagnostic compatible avec ce type de production : fabricable rapidement, par des intervenants interchangeables, et comparables à ceux produits par les autres spécialités médicales. Les diagnostics de la CIM IO, harmonisés avec le DSM IV, conviennent parfaitement.

Nous voici donc avec un modèle réducteur et hégémonique de la maladie mentale, pour aller vite : un modèle organiciste causaliste...

Qui appelle, **troisième effet sur la psychiatrie de secteur**, une standardisation de l'offre de soins, face à ces syndromes bâtis sur des comportements observables. Offre de soin bâtie donc sur des comportements cibles ou des tranches de populations, collections d'individus construites à partir du listage des caractéristiques individuelles agrégées en entités syndromiques.

En ce moment en France plusieurs cibles sont à la mode, par exemple :

Les addictions, avec leurs « équipes de liaison en addictologie », et la fusion en cours entre les centres d'alcoologie et les centres de soins aux toxicomanes

La précarité, avec la création « d'équipes mobiles de précarité »

Les adolescents avec la création de « maisons des adolescents »

Les personnes âgées : des « équipes mobiles de gériatrie » sont en expérimentation

Ces « priorités » définies bénéficient chacune de budgets dits « ciblés », avec souvent l'idée qu'il s'agit surtout de repérage et d'orientation et/ou de soins brefs et segmentés par des experts de la cible en question. Le risque de stigmatisation est en outre important, les individus inclus étant rapidement réduits au seul attribut qui a entraîné leur inclusion, par exemple vieux et fou, ou exclu et malade...

Quatrième effet : la concentration des moyens. Puisque les problèmes à traiter sont redéfinis comme des attributs d'individus autonomes et donc mobiles, il est possible de regrouper les structures de soins, d'en faire des « centres pivots », des « pôles d'excellence », plus ou moins spécialisés, avec des économies « d'échelle », c'est-à-dire des réductions de personnel. Les mots qui conviennent sont « mutualisation des moyens », « articulation » et « décloisonnement du sanitaire et du social ».

Au passage, le « réseau » a aussi fait sa révolution. Des pratiques de réseau des années 70-80 (avec leurs risques, déjà, de psychiatrisation des problèmes sociaux), alternatives aux soins traditionnels en psychiatrie, en passant par les réseaux de santé de proximité, militants et centrés sur les pratiques non hiérarchisées, nous voici rendus aux « réseaux de santé », réglementés et hiérarchisés, plaçant l'utilisateur et son problème au centre. Ils génèrent avec l'expérience bien plus de complications qu'ils ne facilitent le « parcours de l'utilisateur », lui créant une inclusion supplémentaire au passage.

Tous ces effets attaquent bien sur le modèle sectoriel :

Sur son idéal politique d'égalité républicaine

Sur sa vision systémique et humaniste de la folie

Sur l'organisation en rapport : une équipe pluridisciplinaire insérée dans une communauté, intervenant dans la continuité et la durée

Sur ce dernier point la priorité donnée aux urgences hospitalières est significative. Alors même qu'il n'est question que d'efficience on peut par exemple facilement calculer, à partir des données mêmes du ministère, que les moyens dévolus aux urgences psychiatriques dans les hôpitaux généraux permettent à un intervenant de voir en moyenne dans les quatre personnes par jour, alors que des délais d'attente de plusieurs semaines ne sont pas rares dans les centres de consultation en ville (les centres médico-psychologiques) pour un rendez-vous avec un psychiatre ou un psychologue, après un accueil initial qui va du simple contact à l'entretien d'orientation.

Les questions pourraient être :

Comment refabriquer de la pluralité, du collectif soignant qui ne soit plus l'inclusion problématique des collections d'individus que nous participons à créer vite et dangereusement ces dernières années, alors même que les droits des usagers sont brandis sans cesse ?

Comment tenir l'obligation de prendre soin sans la confondre en obligation de se soigner pour les patients, sommés qui plus est de se déclarer d'accord ?

Comment des équipes sur la défensive, des psychiatres de moins en moins nombreux et fragilisés dans leur statut, des usagers certes plus visibles et officiellement pris en compte mais encore peu implantés, peuvent-ils tenir ces positions face à des tutelles arrogantes et qui ne négocient rien, fortes de l'absence de contre-pouvoirs, tels les féodaux d'antan ?

Les enjeux éthiques et politiques de la santé mentale en Italie

Mariella Genchi¹

Vingt-neuf ans se sont écoulés depuis la Loi 180 du 13 mai 1978, dite «Loi Basaglia», qui a aboli en Italie les asiles et a disposé la construction de services territoriaux alternatifs, en insérant la réforme psychiatrique dans la plus ample réforme sanitaire de la même année. Cette réforme a institué le Système sanitaire national basé sur les principes de l'égalité et de la gratuité des soins. Quant à la Loi 180, elle a établi que le malade mental ne peut plus être considéré comme étant dangereux pour soi-même et pour les autres.

Cette loi a représenté l'étape finale d'un cycle d'histoire du mouvement italien qui avait commencé 17 ans auparavant, avec l'expérience de Franco Basaglia à Gorizia, lorsque en 1961 il prit la direction de l'hôpital psychiatrique de cette ville. Ce mouvement qui a pris, en 1973, le nom de *Psichiatria Democratica*, a traversé et a été traversé par les luttes et les mouvements sociaux qui ont été à la base du développement de la démocratie de ces années-là.

Aujourd'hui encore, après 45 ans, cette histoire représente un élément de force pour affronter les problèmes liés à la nouvelle organisation de type managériale de la santé. Elle représente un élément de continuité dans la défense des droits des patients psychiatriques et dans la lutte pour maintenir un système démocratique de soins, s'opposant aux différentes tentatives de contre-réforme qui ont caractérisé l'histoire italienne.

C'est un point de repère également lorsque l'on veut communiquer à d'autres, en Europe, l'importance d'une assistance psychiatrique qui ne se fonde plus sur l'existence des asiles et la ségrégation des individus.

C'est une histoire unique par la radicalité des transformations auxquelles elle a donné lieu, une histoire en partie connue et en même temps si riche et complexe qu'il devient difficile de la synthétiser.

Un aspect fondamental du travail de Basaglia et de l'équipe de Gorizia a consisté dans le fait de refuser les idéologies de modernisation de l'asile et d'entreprendre dès le début une critique de l'«institution totale». L'attention est focalisée sur ce que l'asile produit dans la vie d'individus qui, au nom d'une maladie qui présuppose la dangerosité sociale, sont séquestrés et privés de la liberté et de la dignité humaine.

Il s'est agit d'une praxis critique qui, comme l'affirme Basaglia dans un texte important de 1980 écrit peu avant sa mort, «a rendu explicites les connivences existant

¹ Psychologue, Italie, Membre de la direction nazionale de *Psichiatria Democratica*

entre le savoir psychiatrique et les règles de l'organisation sociale, entre les pratiques d'expulsion et de contrôle des comportements déviants...».² Cette critique investit également le modèle de la maladie comme organisation clinique.

Dans la même période, Michel Foucault qui, par une sorte de coïncidence synchronique, avait écrit «Histoire de la folie» en 1961, analysait le pouvoir psychiatrique comme pouvoir disciplinaire «dont sa propriété fondamentale est de fabriquer des corps assujettis».³

A Gorizia les psychiatres et les autres professionnels prennent conscience de leur rôle d'exécutants de l'idéologie dominante et refusent le mandat de contrôle social qui leur est confié. Ce refus est à la base de l'alliance avec les internés et marque le commencement d'un parcours de transformation institutionnelle qui, en passant par la «communauté thérapeutique», mènera à l'abolition de l'asile: les malades sont déliés, les portes sont ouvertes, les grilles sont abattues.

C'est à ce moment-là que se transforme la relation soignant-soigné et que se construisent des rapports de pouvoir réciproques. Comme le dit Basaglia, «Si le malade était d'une certaine façon obligé d'interagir et de participer à l'organisation collective, le psychiatre et l'infirmier devaient à leur tour se soumettre à une pédagogie du risque, à un défi authentique aux pouvoirs de l'autre, à assumer concrètement leurs propres responsabilités dans la relation. De cette manière, la critique à l'autorité latente du médecin, dans la communauté thérapeutique, se solde par l'attribution au patient d'un pouvoir contractuel qui, dans l'espace fermé de l'asile, est lié à son statut de malade».⁴

Dans cet écrit, sont énoncés les fondements qui sont à la base du projet du mouvement anti-institutionnel de l'époque et du mouvement de *Psichiatria Democratica* d'aujourd'hui, c'est-à-dire de se constituer comme pratique démocratique réelle.

Le passage de la logique de tutelle à celle du pouvoir contractuel du patient est un point crucial parce qu'il crée une rupture dans les rapports de dépendance, tant à l'intérieur de la relation thérapeutique que dans le rapport avec les institutions et les services, et dans un sens plus large, avec le social.

Dès le départ, Basaglia a mis en évidence que le malade, une fois libéré de la contention physique et de la force qu'il pouvait pour le moins contraster par ses excès, risquait de développer, par un sentiment de gratitude, «un rapport d'assujettissement total et de dévouement à celui qui [l'a libéré et qui], du haut de sa «bonté» et de son statut, se dédie à lui, l'écoute et ne lui refuse jamais rien».⁵

Car, «dans l'élan du changement, comme l'affirme encore Basaglia, on risque sans cesse de tomber (...) dans les pièges et dans l'auto-illusion du paternalisme

² Basaglia F., Gallio G., *la vocazione terapeutica. Per un'analisi critica alla "via italiana" alla riforma psichiatrica (1950-1978)* in Aa.Vv., *Salute mentale. Pragmatica e complessità*, 2 voll., a c. di Debernardi, R. Mezzana, B. Norcio, Centro Studi e ricerche regionale per la salute mentale, Regione Friuli-Venezia Giulia, Trieste 1992, p.560

³ Foucault M., *Le pouvoir psychiatrique*, Seuil/Gallimar, Paris, 2003, p.57

⁴ Basaglia F., Gallio G., cit., p. 561

⁵ Ivi, p. 561

thérapeutique: les chaînes des «bonnes dépendances», [et] le patient continuera à percevoir la liberté, dont il sent la présence, comme quelque chose qui vient du dehors et non comme le résultat de sa conquête ».⁶

Il est nécessaire de poursuivre ce parcours dans la vie réelle, dans l'organisation sociale dont le malade mental a été expulsé.

La phase de transition de l'asile au territoire, dans un travail en dedans/en dehors de l'institution fût réalisée jusqu'au bout à Trieste, où Basaglia prit la direction de l'hôpital psychiatrique en 1971 et où, en 1977, bien avant la loi 180, l'asile avait été démantelé grâce également au soutien des élus locaux. C'est ainsi que naissait une forme d'assistance sur le territoire avec la création de Centres de santé mental dans les quartiers des villes, ouverts 24 heures sur 24, et de maisons appelées «groupes appartement» où les patients pouvaient recommencer à vivre et à habiter.

La loi 180 codifie la création des services psychiatriques territoriaux au niveau national, mais l'application concrète de la loi a rencontré pendant de nombreuses années des résistances tant de la part des élus que de l'*establishment* psychiatrique. D'ailleurs, la loi de réforme psychiatrique a été appliquée de manière très inégale sur le territoire national.

Comme l'affirme Rocco Canosa, président national de *Psichiatria Democratica*, dans sa conférence inaugurale au trentième anniversaire de *Psichiatria Democratica*, «une phase difficile s'ouvre ainsi dans laquelle les services les plus engagés sur le front anti-institutionnel doivent à la fois continuer à lutter dans de nombreuses parties d'Italie contre la persistance des asiles et inventer de nouvelles institutions. La lutte contre l'asile, surtout dans le sud de l'Italie, est intense et exténuante. Il faut s'opposer aux administrateurs des asiles publics et privés, aux groupes de pressions politiquement transversaux qui font de la spéculation sur la peau des pauvres fous... Les années '80 voient ainsi l'affirmation de l'engagement pour la construction des nouveaux services de santé mentale».⁷

C'est dans le cadre de cet engagement que s'accroissent les contradictions émergeant du travail des opérateurs sur le territoire. Ces derniers sont en effet appelés en première personne à assumer concrètement la responsabilité des patients, à travers une œuvre difficile de médiation entre les besoins des usagers et les mécanismes de défense de la société.

Il apparaît toujours plus que des problèmes apparemment psychiatriques, cachés derrière les symptômes, concernent en réalité la question de la pauvreté: pauvreté matérielle, de liens affectifs, d'espaces de sociabilité.

⁶ Ivi, p. 561

⁷ Canosa R. *Psichiatria Democratica ha trent'anni : la storia, le battaglie contro l'esclusione, le lotte per i diritti, i nuovi impegni*, Convegno *Psichiatria Democratica- Trent'anni*, Matera, nov. 2003

Dans son nouvel espace d'intervention, le territoire, la psychiatrie continue, par le mandat thérapeutique qui lui est propre, à occulter les contradictions d'une organisation sociale qui produit de la pauvreté, de l'émargination et de l'exclusion.

Aujourd'hui, en Italie, dans la plupart des services, on néglige, au niveau de la pratique, le lien entre l'insécurité sociale et la maladie. Dans le cadre du démantèlement du *welfare* opéré par les politiques néolibérales, les conditions d'insécurité liées au manque et à la précarité du travail frappent un nombre grandissant de personnes. La condition de mal-être qui en découle ne peut pas être séparée de l'organisation sociale qui la produit pour être confiée aux professionnels qui se bornent à la légitimer et à la naturaliser en l'objectivant comme simple maladie.

Le mouvement anti-institutionnel italien a dévoilé la fonction de contrôle sur la marginalité que la psychiatrie asilaire avait assumée au cours de son histoire. Le mouvement de *Psichiatria Democratica* dénonce aujourd'hui les nouvelles formes d'institutionnalisation qui surgissent à l'intérieur de la santé mentale et, plus en général, à l'intérieur du champ socio-sanitaire. La nouvelle situation est dominée par des discours et des dispositifs qui, au nom de la santé et de la sécurité, réduisent les espaces d'autonomie des personnes, transformées en boîtes à facteurs de risque.

La question des droits et de la lutte contre l'exclusion, depuis toujours au cœur des préoccupations de *Psichiatria Democratica*, se pose de nouveau comme un enjeu démocratique large et fondamental, dans une situation caractérisée par les problèmes de l'immigration et par l'augmentation des inégalités sociales. Le nombre des exclus ne cesse de grandir et la réponse qui est donnée aux problèmes des gens âgés, des toxicomanes, des immigrés, des jeunes, s'inscrit de plus en plus dans la logique d'une nouvelle institutionnalisation. Le même destin touche les «fous» qui sont «placés», peut-être à jamais, dans des logements protégés et souvent soumis à des processus de mortification et de chronicisation.

En même temps, les Centres de Santé Mentale ont développé un style de travail de plus en plus technicisé et spécialisé, soucieux surtout d'offrir des prestations ponctuelles et limitées. Dans une situation où les ressources économiques et humaines sont déficitaires, les services institués par la réforme se transforment en de simples dispensaires où les patients attendent de recevoir leur thérapie pharmacologique, leur visite psychiatrique et, s'ils ont de la chance, leur psychothérapie.

Ce travail clinique, même s'il est de bonne qualité (ce qui est loin d'être le cas), se produit dans une logique de séparation, au contraire de la richesse qui a caractérisé pendant des années les actions menées avec les patients dans un travail de promotion de la santé et de transformation réelle de leurs conditions de vie.

Ce qui prévaut aujourd'hui c'est une culture de la séparation des interventions, soutenue par une logique de partage des «domaines de compétence» lorsque les différents services socio-sanitaires travaillent ensemble. Les services de santé mentale sont toujours plus dépourvus des ressources nécessaires pour réaliser des projets qui visent les besoins

des personnes et qui investissent sur des parcours de socialisation, de formation au travail, d'insertion, de création d'associations et de groupes des *self-help* des patients et des familles, des parcours où se crée la possibilité effective pour les patients d'exercer un pouvoir contractuel.

Pourtant, aujourd'hui, en Italie comme en Europe, les programmes de santé mentale soulignent l'importance de la dimension territoriale, valorisent les ressources sociales, parlent sans cesse d'inclusion sociale. Néanmoins, tout cela doit être concilié avec la logique de la *governance*. Celle-ci met l'accent sur la productivité et sur l'amélioration des programmes de santé tandis qu'il s'agit en réalité d'équilibrer le budget: c'est précisément ce qui se passe en Italie avec la gestion managériale de la santé par les Entreprises Sanitaires Locales (Aziende Sanitarie Locali).

Dans une société néolibérale où domine le culte de l'efficacité, où l'on ne parle de ressources humaines que dans les termes de la compétition économique (les ressources dites «intangibles», le soi-disant «capital humain»), quelle est la place réservée aux gens démunies de ces ressources «bio-économiques» et qui sont censés avoir «un capital humain déficitaire ou mauvais»?

Notre critique doit être aussi attentive à la manière ambiguë avec laquelle les services mettent en relation les droits et la tutelle: en effet, derrière la défense du plus faible, peut se cacher la vieille logique de l'invalidation des patients.

Il s'agit d'une forme de «tutelle» dans laquelle on fait taire l'expression subjective du besoin et de la souffrance, dans laquelle la possibilité du «soigné» de proposer, de contracter et de négocier est réduite voire inexistante.

C'est là la vraie différence entre, d'une part, les «bonnes pratiques» dont l'importance est sans cesse rappelée mais qui, en réalité, risquent de favoriser une inclusion sociale entendue comme «bonne adaptation» de l'assisté/soigné et, d'autre part, les pratiques fondées sur une «participation concrète» des patients qui assument un pouvoir décisionnel et qui sont libres d'exprimer leur subjectivité, également par le désaccord et le conflit.

Le conflit, comme expression subjective du besoin, du dissentiment et de l'auto-détermination de la personne, devient un élément de «trouble» qui ne trouve pas sa place et qui doit être neutralisé: il n'est qu'une simple revendication qui gâche les énergies humaines et économiques de l'organisation sanitaire.

Cette neutralisation du conflit ne fait pas partie de notre culture. Basaglia a tout de suite reconnu dans les patients les plus agressifs internés dans l'asile ce noyau irréductible du sujet avec lequel il fallait s'allier pour construire un projet de libération. Aujourd'hui, il y a en Italie des services de santé mentale où les usagers et les familles sont véritablement protagonistes, c'est-à-dire où ils exercent le droit d'avancer des propositions propres et autonomes qui peuvent aussi contredire celles des professionnelles.

Il s'agit de services ouverts et accessibles qui deviennent aussi des lieux de socialisation, qui favorisent les expériences d'entraide (*self-help*), qui stimulent la création de coopératives sociales, qui valorisent les réseaux informels. Il s'agit de maisons et de groupes-appartements de petites dimensions parfaitement intégrés dans le contexte urbain. Il s'agit de nouveaux sujets de droit qui s'affirment comme associations d'usagers et de familles.

Aujourd'hui, l'UE s'intéresse à la santé mentale. Le livre vert (octobre 2005) pose comme priorité la désinstitutionalisation des services psychiatriques et la création de services de santé mentale dans la communauté. Dans votre pays aussi l'exigence de créer un système démocratique de l'assistance psychiatrique est très forte. En ce sens, l'Italie peut représenter encore un point de repère, mais il est nécessaire de continuer à réfléchir sur les pratiques de santé mentale et sur l'organisation des services.

Psichiatria Democratica ne peut que continuer à être attentive et critique par rapport aux logiques de la programmation et de la gestion qui cultivent l'illusion de pouvoir contrôler ou occulter les conflits sociaux à l'intérieur de nouveaux paradigmes techniques et scientifiques. C'est pourquoi nous entendons réaffirmer le « goût » des contradictions ; c'est pourquoi nous sommes décidés à poursuivre, malgré les difficultés, une psychiatrie et une santé mentale fondées sur une pratique démocratique réelle.

Au nom de Psichiatria Democratica, je remercie les collègues du CEDEP et les amis roumains pour cette opportunité de réflexion et d'échange.

La réforme psychiatrique en Grèce : Un bilan de 20 ans

D. Ploumpidis¹ – S. Stylianidis²

En Grèce nous discutons actuellement sur le bilan d'une ambitieuse réforme des soins psychiatriques, qui se déroule depuis le début des années 1980.

Le début de la réforme se situe in 1983, avec la loi 1397 sur le *Système National de la Santé* (E.Σ.Y.), qui a tenté de moderniser le domaine public de la santé, malgré le fait que la psychiatrie occupait une place minime dans cette loi .

En 1983 l' exercice de la psychiatrie se limitait dans le domaine public fortement asilaire et le domaine privé également asilaire. Les quelques expériences pilotes, dans le public et le privé, ne changeaient pas cette vue d' ensemble.

La loi en question a posé les bases juridiques de l'ouverture de la psychiatrie vers son exercice dans le tissu social. Le cadre légal actuel a été achevé par la loi 2071 de 1992 (qui a harmonisé les garanties légales nationales, aux celles admises dans la Com.Européenne - surtout en ce qui concerne les admissions sous contrainte) et la loi 2716 de 1999, dont la mission a été d' offrir un cadre légal aux structures extrahospitalières que la réforme psychiatrique avait, entre temps, mis en place. L' innovation majeure de cette dernière loi a été l' introduction d' un modèle mixte de « sectorisation » des soins en psychiatrie, inspiré de la sectorisation française et des « cachement areas » britanniques. La loi 2716 de 1999 a éclairci les modalités d' hospitalisation en psychiatrie ainsi que la réglementation des structures communautaires de soins et de réhabilitation psycho-sociale – autant du secteur public que du secteur privé non lucratif.

Néanmoins les soins primaires (primary health care) sont loin d' être réglementés et sont confiés, indistinctement, aux centres de santé mentale, aux consultations externes des hôpitaux , aux centres de santé polyvalents, aux unités mobiles de psychiatrie et aux praticiens privés. Ils ne sont pas intégrés dans la sectorisation, encore balbutiante. Cette « désintégration » de soins primaires de base constitue un handicap majeur du Système National de la Santé et risque de le déstabiliser au profit de solutions plus compatibles

¹ Professeur associé de Psychiatrie. Université d' Athènes. Centre Communal de Santé Mentale, 14

rue Délou, Athènes, 16121.

² Professeur associé de Psychiatrie Sociale. Université « Panteion » de Sciences Politiques et Sociales

d' Athènes. President C.A. de E.P.A.P.S.Y. (ONG) Rue Grammou 61-63, 15124 Athenes

avec la logique du marché. Une première conséquence, bien visible, est son incapacité de limiter les demandes d' hospitalisation en psychiatrie.

Nous avons répété à plusieurs reprises que la Grèce a profité d'une aide exceptionnelle pour faire avancer la réforme psychiatrique, par l' application de deux programmes majeurs de la Communauté Européenne, la Régulation 815 de 1984 (1984-1994) et le Psychargos (1999-2007). Nous craignons que l' élargissement de la Communauté Européenne et la politique budgétaire plus stricte de la Commission Européenne permettra pas le financement et le suivi à long terme de programmes de cette envergure, dans le futur proche. La domination des logiques néo-libérales au sein de l' U.E. (coût / efficacité / « managed care ») gagne sérieusement du terrain en marginalisant toute planification et application de politiques sociales globales.

L'application de ces programmes a fait apparaître très clairement en Grèce un problème de politique intérieur, qui concerne autant la planification que le financement : celui de la possibilité de continuer les réformes nécessaires, après la fin du financement de la Commission Européen. Ceci est d' une importance capitale en psychiatrie comme le changement des pratiques et des mentalités est lent et les risques de régression vers une psychiatrie sommaire, basée uniquement sur l' usage des médicaments psychotropes, sont évidents.

Cette évolution de mentalités et de politiques pose des problèmes éthiques sur plusieurs niveaux :

- Droits d' usagers
- Droits de familles
- Carence de projets de soins suffisamment individualisés et adaptés aux besoins des patients les plus difficiles.
- Domination du modèle médical au détriment du psycho-social
- Fragilité des équipes multi-disciplinaires, qui ont été le moteur de la réforme de la psychiatrie en Europe

La discussion sur les axes suivants peut bien résumer l' expérience des collègues grecs :

1. Introduction de la sectorisation et du développement d' un réseau de services extrahospitalières .

La loi 2716 de 1999 a introduit officiellement la sectorisation (modèle mixte entre la sectorisation française et les « catchment areas » britanniques) , avec des populations de 250-350.000 habitants par secteur.

La répartition de base prévoit un secteur par département , trois dans la région de Thessalonique et treize dans la région d' Athènes. Il y a une répartition analogue des

secteurs infanto-juvéniles, qui ont une certaine activité uniquement dans la région d'Athènes et de Thessalonique.

Dès le début cette planification a reçu des critiques axées sur la dimension trop grande des secteurs (nécessité exprimée de remaniement administratif en sous-secteurs), dispersion géographique et surtout un manque énorme des moyens et des ressources. Ce dernier point illustre une situation qui dépasse la Grèce et reste difficilement compréhensible pour les pays Européens, où l'état social est bien enraciné : les problèmes de financement et de volonté politique réelle des Etats pourraient être décisifs pour le destin d'une réforme psychiatrique, quand d'un côté est manifestée l'adhésion aux principes de la réforme et de l'autre côté il n'y a pas des moyens pour la soutenir.

L'insuffisance des structures de soins sectorisés conduit inévitablement aux soins tardifs, à l'inefficacité de toute action préventive et au maintien ou l'augmentation de demandes d'hospitalisation.

2. Fermeture progressive des grands hôpitaux psychiatriques avec développement parallèle d'un réseau d'unités d'hébergement des sortants.

En ce qui concerne les hôpitaux psychiatriques, au début de la réforme, un groupe de neuf hôpitaux psychiatriques, bien asilaires, fonctionnaient, sans une tradition clinique bien enracinée.

Tout récemment, trois d'entre eux ont fermé (l'h.p. de Petra-Olympe, de la Crète et celui de Corfou, fondé en 1838). Deux autres vont fermer prochainement (les h.p. de Tripolis-en Péloponnèse et l'h. pédo-psychiatrique « Daou » d'Athènes), suivant les obligations de fermeture prises, au sein du programme « Psychargos » de l'U.E. Si cette fermeture se fait dans la pagaille, et le transfert de « besoins » d'hospitalisation vers le privé ou vers les h.p. des grandes villes, nous ne pensons pas qu'elle va constituer un exemple de réforme.

Des problèmes cruciaux soulevés par la fermeture de trois hôpitaux psychiatriques sont les suivants :

- L'insuffisance du réseau des structures alternatives à l'hospitalisation et adéquates aux soins primaires et secondaires.

- La nécessité urgente de prévoir la transformation radicale, sur le plan légal et administratif des règlements intérieurs et des organigrammes des hôpitaux psychiatriques, pour aboutir à un réaménagement efficace des ressources humaines et matérielles, sur d'autres lieux de soins et de réhabilitation psycho-sociale.

Exemple 1 : La structure d'un hôp. psy. déjà fermé peut peser lourdement sur le fonctionnement des unités alternatives, qui lui « appartiennent », toujours, administrativement.

Exemple 2 : Le seul moyen pour financer un foyer de post-cure est parfois de continuer de percevoir, par jongleries administratives, le « prix de journée » d'hospitalisation.

La désinstitutionnalisation en Grèce, depuis 1990, a été basée sur un grand projet de

création des foyers de post cure et d' autres unités d' hébergement, dont le 42 % a été créé par des Organismes Non Gouvernementales (O.N.G.).

Tableau 1 : Unités d' hébergement en Grèce

« Psychargos » (E.U's program) Support Unit (Septembre, 2006)

Type d' Unité	Publique	O.N.G.	Total	Hommes	Femmes
Foyers de post cure	69	18	87	532	322
Foyers de longue séjour	24	58	82	754	463
Appartements protégés	176	32	208	402	222
Total	269	108	377	1688	1007

Ces unités doivent réussir leur intégration dans un réseau des services actifs, via la sectorisation, sinon le risque de les voir redevenir des petits asiles est visible. Des expériences de supervision dans certains de ces unités a montré que les jeunes professionnels, appelés à soigner et à « réhabiliter » des groupes stables de 15-20 résidents chroniques, sont « brûlés » (burn out) très rapidement, si ils restent isolés.

Depuis deux ans et demi le financement des unités résidentielles communautaires, hébergeant des patients chroniques, sortants des hôpitaux psychiatriques, est en grand péril : les réductions budgétaires annuelles atteignent le 35-40 % du budget global, créant ainsi des problèmes majeurs sur la viabilité de ces unités - sur la qualité des soins et de vie des patients et sur l' avenir professionnel des équipes soignantes en accélérant ainsi des phénomènes d' épuisement professionnel (burn out). Dans ces conditions s'amenuise aussi la motivation d' intégrer des réseaux communautaires de soins et de soutien social et ainsi les possibilités d' une réhabilitation sociale significative s' amenuisent.

Un effondrement éventuel de ce réseau d' hébergement et la crise, quasi humanitaire, des O.N.G. qui gèrent presque la moitié d' entre eux, peut entraîner dans le gouffre l' ensemble de la réforme.

3. Développement d' un réseau d' unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux (plus ou moins considérées comme une alternative aux h.p.).

Un des objectifs déclarés de la réforme a été l'ouverture des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. Une première constatation est que leur nombre est toujours insuffisant, par rapport aux besoins croissants de la population.

Tableau 2 : Objectifs concernant les unités de soins hospitaliers et extra – hospitaliers

« Psychargos » (E.U's program) Support Unit (2005)

Type d'unité	Déjà en fonction en 2000-01	Doit fonctionner vers la fin de 2007
1. Centres de santé mentale	13	
2. Centres de santé mentale avec un service médico-pédagogique	8	55*
3. Centres médico-pédagogiques pour enfants et adolescents	6	
Unités psychiatriques dans un hôpital général	19	50*
Unités pédo - psychiatriques dans un hôpital général	3	9*
Unités mobiles	3	19*

* Il s'agit de chiffres difficilement atteignables et encore plus dans le délai prévu

Une deuxième constatation est qu' l'accueil et l'intégration de ces unités dans les hôpitaux n'est pas toujours évidente (stigmatisées presque autant que les malades qu'elles hébergent). Depuis longtemps sont aussi accusées de faire un tri des patients, créant ainsi une « clientèle psychiatrique » moins contraignante (en évitant les patients violents , les hospitalisations sous contrainte ou des patients gravement suicidaires).

En Grèce plusieurs de ces services, surtout en province, sous- fonctionnent par manque de personnel , tandis que les services Athéniens sont, au contraire, surchargés et fonctionnent souvent au double de leur capacité d'accueil, grâce aux « lits auxiliaires » installés dans les couloirs. Un phénomène aussi inquiétant est le nombre très élevé d'hospitalisations sous contrainte, qui ne correspond pas à une quelconque hausse de la « dangerosité » des patients ,mais il s'agit d'une façon sûre, pour les familles, de trouver un lit, comme l'accueil des hospitalisations sous contrainte est obligatoire pour les hôpitaux. Les failles du système de soins amènent le procureur à fonctionner comme arbitre afin de répondre aux immenses demandes des familles.

4. Développement d'unités mobiles, dans les régions rurales et les îles.

Vu la géographie et l'aménagement du territoire de la Grèce, la création d'unités mobiles, dans les zones montagneuses et insulaires a une grande importance pour le dispositif des soins psychiatriques du pays.

Leur action est centrée sur la collaboration étroite avec le réseau des soins primaires de santé (surtout les généralistes et les centres de santé polyvalents), les autorités locales et la mobilisation d'autres ressources, sociales et humaines, communautaires, afin de soutenir sur place des patients avec une psychopathologie lourde. Souvent, l'absence d'autres structures spécialisées oblige les unités mobiles de gérer des demandes de toute sorte. Ainsi, les besoins de formation et de supervision continue, surtout pour les jeunes professionnels, ainsi que le renforcement des équipes restent des objectifs prioritaires.

5. Le développement du secteur privé et la relation public / privé

Le nombre de lits dans le secteur public est en baisse constante depuis 20 ans (des 5300 années '80 aux 2300 environ actuellement). La faible augmentation des lits dans les unités psychiatriques des hôpitaux généraux est beaucoup moins importante que la suppression des lits dans les hôpitaux psychiatriques.

Au contraire, le nombre des lits privés est en nette hausse : En 2006 fonctionnaient en Grèce 34 cliniques privées avec 4197 lits, dont 13 à Athènes avec 1797 lits.

L'ouverture des cliniques privées s'observe surtout en province, tandis qu'à Athènes il n'y a pas des nouvelles cliniques privées, mais un hyper-remplissage des celles existantes. Il est encore important de noter que la grande majorité des patients dans les cliniques privées sont des chroniques, souvent de très longue durée.

Nous frémissons à l'idée que le but thérapeutique et social de transformation des asiles (depuis la psychothérapie institutionnelle) ou de leur fermeture progressive, peut simplement aboutir à un transfert des lits vers le privé. Là où les stratégies individuelles d'organisation et de soins font la règle et règne une clinique sommaire, uniquement basée sur l'usage des neuroleptiques. Je pense qu'il ne s'agit pas d'un phénomène localisé uniquement en Grèce et en conséquence beaucoup plus inquiétant..

6. Développement d'un réseau des services de réhabilitation psychosociale.

Dans les années 1984-1996 *la réhabilitation psychosociale* des patients sortants des hôpitaux psychiatriques, mais également des patients chronicisés dans la cité, a connu sa période de gloire. Le financement par des programmes de la communauté Européenne et le contact régulier et multiple avec des expériences d'autres pays Européens a eu un rôle central. (Ex. les programmes Horizon et Hélios)

Actuellement les vrais programmes de réhabilitation (qui ont besoin d'une politique sociale, concrète, sur l'emploi) sont dans le marasme, contrairement aux multiples programmes d'expression artistique, d'artisanat simple ou de socialisation, qui se portent bien, grâce à l'« héroïsme » des équipes. Ils accompagnent souvent les unités d'hébergement que je viens d'évoquer. L'innovation centrale de la loi 2716 de

1999, c'est à dire les *Coopératives Sociales à Responsabilité Limitée* (ΚοιΣΠΕ) ont du mal à aboutir à autre chose que d'ateliers protégés, étant donnée la crise profonde du secteur coopératif dans sa totalité. Egalement, les conditions du marché de travail (chômage élevé et travail au noir) ne permettent aucun optimisme.

Une forme de réhabilitation de profil bas, qui marche bien, est celle qui associe des formes de « clubing », avec un appui discret en ce qui concerne les réseaux sociaux des patients, en accord avec leur médecin traitant. Comme une telle activité n'a pas besoin de gros budgets elle est assez répandue et elle favorise sérieusement la stabilisation de l'état de santé des plusieurs patients.

Conclusions

- Toute réforme psychiatrique n'est pas transposable dans un autre pays : elle dépend d'une multitude de facteurs, comme la volonté politique, l'engagement d'une partie significative de l'opinion publique, des facteurs légaux, budgétaires, administratifs et culturels. Il faut bien examiner les potentialités de réalisation de toute planification ambitieuse dans le contexte national et local précis, en tenant compte des alliances possibles.

Si la réforme n'est pas suffisamment sollicitée par des groupes sociaux (surtout les associations des familles et des usagers) et soutenue politiquement, il y a le risque majeur de glissement vers une psychiatrie sommaire, réduisant la complexité de la clinique en quelques diagnostics codifiés, favorisant ainsi le seul usage des médicaments psychotropes. Ce type d'exercice de la psychiatrie pourrait devenir la « règle » du fonctionnement réel d'un système de soins, quand les psychiatres et les autres professionnels du secteur public sont sous-payés et la liberté d'action et d'infiltration, dans le système de soins, des grandes multinationales pharmaceutiques est sans contrôle.

- L'évaluation de la qualité et de la quantité des soins est souvent utilisé par les ministères de la santé comme prétexte de coupure du budget ou d'installation d'un manager « pour mettre de l'ordre ». L'« allergie » pour ce type d'évaluation ne nous dispense pas du besoin d'en proposer une autre, comme elle constitue un moyen irremplaçable pour avoir une vue globale de notre pratique.

- Le renforcement des réseaux Européens peut autant mettre en contact et promouvoir nos pratiques respectives, que constituer un sérieux moyen de défense contre des pratiques sommaires, dont le souci presque unique est le moindre coût.

- Les efforts thérapeutiques les plus longs et les plus coûteux, en psychiatrie, concernent les patients les plus marginalisés socialement. Ils ne peuvent pas exister en dehors des mouvements d'idées et des citoyens, pour approfondir la démocratie et la qualité de vie.

- La culture professionnelle d'une partie importante des équipes de santé mentale ne facilite guère l'activation et la création des réseaux sociaux, et leur intégration dans la pratique quotidienne, dans le cadre de la sectorisation. Nous entendons par réseau social l'ensemble des pratiques et des actions de promotion de santé mentale et de soutien des patients vivant dans la communauté par la mobilisation des ressources communautaires, manifestes ou latentes (associations sportives, sociales, culturelles autorités locales,

médecins généralistes, éducateurs, église, volontariat, mouvement de défense de la citoyenneté e.t.c.).

- La défense des droits des usages et le soutien des familles reste encore un « wishfull thinking » dans la pratique psychiatrique dominante. Les initiatives de quelques secteurs pilotes a ce sujet ne peuvent pas occulter la faiblesse et l' hésitation des usages et des familles de surmonter les barrières de stigmatisation et d' exclusion sociale et de devenir acteurs revendiquant leur propres droits et leur participation aux processus de décision des secteurs psychiatriques.

- La distance entre les déclarations, quasi de l' ensemble des partis politiques du pays en faveur des la reforme psychiatrique et leur pratique effective est trop grande. La logique du « coût politique » des autorités locales en faveur de leur électorat, quand il s'agit de défendre la création des structures résidentielles des patients chroniques dans leur commune reste au fond prédominante, au détriment des bonnes intentions d' une attitude « politiquement correcte ». La démocratie sanitaire reste a construire.

La réforme de la santé mentale – élément constitutif du processus démocratique dans la Roumanie post-communiste

Bogdana TUDORACHE

Les changements produits dans les pays de l'Europe Centrale et Orientale (PECO), suite à l'effondrement du communisme, nous ont offert le privilège- pour ainsi dire- de vivre certaines expériences profondément choquantes et variées, dans un laps de temps très réduit-ce qui est le propre de transformations sociales brusques et violentes.

Au sortir d'un régime totalitaire- le plus sévère et le plus oppressif de tous les autres pays ex-communistes- la Roumanie a pris douloureusement contact avec l'ampleur et la variété de ce genre d'expérience et de toutes les conséquences psychologiques et psycho-pathologiques qui en découlent.

L'influence que le contexte exerce sur la nécessité d'améliorer le Système de Soins de Santé Mentale est le point de départ d'une réforme.

La présentation du contexte implique obligatoirement, même si on risque de créer l'impression de digression, la précision de certains aspects concernant l'évolution de la psychiatrie roumaine et des problèmes suscités par la santé mentale dans notre pays.

La psychiatrie roumaine a suivi au cours de son histoire, l'évolution générale de la psychiatrie européenne en général, française en particulier. Par la suite, le repli du pays sur lui-même, sa dépendance idéologique, ont entraîné, en matière de psychiatrie, un abandon progressif de toute dimension sociale de la maladie mentale, un rejet brutal de toutes les techniques psycho-socio-thérapeutiques.

Tenue à l'écart du grand mouvement d'idées qui s'est manifesté, à partir de 1950, dans la psychiatrie européenne, la psychiatrie roumaine s'est peu à peu repliée dans une vision "organiciste" de la maladie mentale et des traitements purement médicamenteux de celle-ci.

La dimension chronicité, propre à la maladie mentale, était purement et simplement évacuée, remplacée par la notion "d'irrécupérable" (c'est à dire une personne pour laquelle les soins actifs sont devenus inutiles).

La situation n'a pas, hélas, beaucoup changé dernières années (la période "post totalitaire").

L'instabilité politique, la lutte pour le pouvoir, le froid, la famine, le chômage, le pourcentage inouï de migrants (dont une partie bouleversante est représentée par les

jeunes et les intellectuels) , de même que les désillusions, le manqué d'horizon et l'apathie d'une grande partie des professionnels de la santé mentale, constituent autant de caractéristiques de cette période " post-totalitaire".

Il est évident que, dans ces conditions, le revirement attendu ne s'est aucunement produit, ce fait étant explicable par le blocage (classique pour toutes les sociétés post-totalitaires) dû à la persistance de vieux systèmes.

Il faut dire que les Structures et le Circuit de Soins de Santé Mentale sont inchangés. La majeure partie des soins sont dispensés dans les hôpitaux psychiatriques de type pavillon, qui représentent le centre principal où l'on soigne tant les malades en phase aiguë que les chroniques. Rares sont les services psychiatriques fonctionnant dans les hôpitaux généraux ou départementaux.

Il y a bien les "Laboratoires" et les Centres de Santé Mentale, mais ils s'en tiennent encore au niveau des formes dépourvues de contenu nécessaire et spécifique. Il y a bien les cabinets psychiatriques des polycliniques, mais ce sont là des centres qui ne peuvent accorder qu'un de soins psychiatriques.

Les structures alternatives sont insuffisantes et, dans leur majeure partie, inefficaces, en raison du fait que leur développement s'est fait plutôt à l'initiative de quelques psychiatres éclairés ou de quelques ONG.

Il n'y a pas d'élaboration théorique qui pose comme prioritaires les concepts de « précocité, continuité, proximité » des soins psychiatriques ce qui favorise la structure institutionnelle dans le territoire.

La thérapie (et en particulier la psychothérapie) passe au second plan de la scène de l'intervention psychiatrique : le devant de la scène reste toujours l'hospitalisation. L'architecture pavillonnaire est restée inchangée depuis des décennies pour la plupart des hôpitaux psychiatriques, ce qui maintient l'enfermement, l'isolement et la ségrégation des patients. Le développement du concept de communauté thérapeutique est constamment submergé par celui de « pseudo-communauté pavillonnaire ».

A toutes ces difficultés s'ajoute le nombre extrêmement réduit du personnel qui travaille dans le domaine de la santé mentale ce qui fait que le contenu de l'assistance et de la formation garde encore une empreinte biologiste, qui oriente l'assistance et les soins.

Il faut tenir compte du fait que, en Roumanie, l'équilibre psychiques de l'individu et même celui des grandes collectivités se trouve marqué – dans les années qui ont suivi les événements de 1989- par au moins trois traumatismes successifs :

- sortie brusque- génératrice de séquelles- de l'atmosphère faussement protectrice et soporifique qui a caractérisé la période communiste
- immersion dans la vie complexe et difficile imposée par la « transition »
- recul, au-delà des limites du visible, de l'avenir « plein de promesses ».

La Roumanie, de même que d'autres pays ex-communistes, traverse une période où les réformes, tant économiques et sociales, que morales, s'imposent. Le démarrage d'un vrai processus de réforme (qui devrait obliger à une existence d'austérité totale), entraîne aussi, outre l'espoir dans un avenir meilleur, de nombreuses contraintes

sévères, qui accompagnent les grands changements, de même que les conséquences psychologiques et psycho-pathologiques qui s'ensuivent.

Pour initier la réforme dans le domaine de la Santé Mentale, on doit bien connaître le « l'état de fait »/« state of the art », les modalités d'organiser et de régulariser le Système de Soins Psychiatriques (SSP).

Ceci est essentiel pour qu'on puisse après :

analyser les projets de la réforme ;

comprendre comment elles s'inscrivent dans l'évolution historique du Système de Soins Psychiatriques (SSP).

Dans ce sens, la Roumanie a bénéficié maintes fois d'une série d'études, évaluations, et « assessments » effectués par la Banque Mondiale, l'OMS, l'UE qui se sont soldés par une série de recommandations plus ou moins détaillées, recommandations qui- quoique faites de manière impérative et pressante –sont restées assez longtemps sur le papier.

La trajectoire des SSP s'est maintenue « statu quo » ou bien s'est détériorée davantage, tandis que les objectifs de ce système (égalité, liberté individuelle, efficacité) se trouvent à un niveau très bas.

Le système sanitaire en entier (ci-inclus le Système de Soins de Santé Mentale) a été laissé aller en dérive par tous les gouvernements d'après 1989, les valeurs sur lesquelles repose leur légitimité étant peu à peu abandonnées.

Ce fait a aggravé la crise profonde du système sanitaire roumain, imposant implicitement l'obligation de trouver des solutions urgentes pour sortir de la crise.

La seule solution possible dans le domaine de la Santé Mentale est d'entreprendre rapidement et vigoureusement la réforme.

Cette réforme devra répondre aux aspirations légitimes de la population, refléter les valeurs de la société, assurer le contrôle des finances publiques (et donc des dépenses de la santé).

Elle ne pourra pas être possible que par l'utilisation des ressources existantes en dynamisant en même temps les SSP. Il faut aussi « transformer les organisations et changer les pratiques pour accroître la performance de la réforme » (André- Pierre Contandriopoulos).

Je suppose que, dans des pays comme la Roumanie, dans ces « nouveaux pays démocratique » ou « à revenus bas », comme on les appelle, seule une réforme véritable dans le domaine de la santé mentale peut effectivement contribuer à un changement de la situation. Mais une vraie réforme dans le domaine de la psychiatrie est d'autant plus difficile à réaliser que- par rapport aux réformes entreprises dans d'autres domaines- elle relève non seulement du pouvoir législatif et exécutif, mais aussi d'une série d'autres facteurs (professionnels, politiques, sociaux, culturels, religieux), de la relation établie entre l'Etat post-totalitaire et les bénéficiaires de ces réformes, de la qualité des

professionnels qui travaillent dans le domaine de la santé mentale, de la structure et de la force de certaines ONG, de l'existence de la société civile.

La réforme envisagée ne saurait être réalisée autrement que par la pression exercée par tous les facteurs intéressés aux problèmes de la santé mentale ou bien se trouvant impliqués.

Un aspect que je veux souligner et que je pense être extrêmement important à l'étape actuelle du déroulement d'une réforme de la Santé Mentale dans notre pays est celui concernant « les acteurs et leur pratique ». L'espace social dans lequel les acteurs interagissent est « à la fois un champ de force, dont la nécessité s'impose aux agents qui s'y trouvent engagés, et un champ de lutte à l'intérieur duquel les agents s'affrontent, avec des moyens et des fins différenciés selon leur position dans la structure du champ de force, contribuant ainsi à en conserver ou à en transformer la structure » (Bourdieu P. Raison pratique, Seuil, 1994, p.55).

Les acteurs :

peuvent être des individus ou des groupes organisés d'agents (ONG, groupes de pressions, associations professionnelles, syndicats, etc.)

se caractérisent par – 1. leurs valeurs, leurs croyances, leurs connaissances – 2. leurs projets, leurs intentions - 3. les ressources qu'ils ont ou qu'ils contrôlent et – 4. leur disposition à agir.

interagissent dans un jeu permanent de coopération et de compétition pour améliorer leur position.

Les pratiques des acteurs sont simultanément influencées par les structures du système ; elles organisent les processus par lesquels les ressources du système sont mobilisées et employées pour produire les biens et les services requis pour atteindre les finalités recherchées.

Puisque les acteurs sont indépendants il est nécessaire de trouver des moyens pour les coordonner et les faire coopérer.

Les moyens respectifs peuvent être atteints dans le cadre d'un groupe d'action - leadership collectif – qui aura comme but l'élaboration et la mise en œuvre de la Réforme de Santé Mentale.

C'est ce que nous avons essayé de faire depuis le début, dès que nous nous sommes acheminés à la réforme.

Le concept de leadership collectif souligne l'importance d'une multiplicité d'acteurs dans le développement des projets de changement. Il se fonde sur la nécessité d'assurer une représentation des pôles cliniques et administratifs dans les fonctions de leadership. Le leadership organisationnel reposerait donc à la fois sur la valorisation des compétences diversifiées et différentes sources de légitimité. Pour accroître les capacités de changement, le leadership collectif doit être différencié, spécialisé et complémentaire. La différenciation des rôles de leader se rapporte à une division efficace des rôles entre les leaders et l'organisation. Cette différenciation pourrait éviter des rivalités improductives parmi ces intervenants. La capacité de leadership peut aussi être accrue si

les leaders ont des rôles spécialisés et complémentaires de manière à faire face à l'ensemble des enjeux du changement.

Pour que le changement se produise, il faut un leadership fort. Trois *facteurs menacent* la solidité et l'efficacité d'un leadership collectif : la rivalité entre les leaders pour occuper l'avant-scène des processus organisationnels, le détachement du projet stratégique des leaders avec la base opérationnelle de l'organisation, et la faiblesse de projet de changement par rapport aux exigences de l'environnement.

Voici quelques propositions qui puissent influencer la dynamique de leadership en faveur du changement et renforcer la coopération entre les acteurs du domaine clinique et les acteurs du domaine administratif dans le pilotage du changement :

- développer une vision collective du leadership organisationnel ;
- partager efficacement les rôles de leaders et accepter que des changements soient apportés dans ces rôles au fil du temps ;
- porter une attention particulière à la communication et à la validation du projet du changement avec la base de l'organisation ;
- les leaders doivent être en mesure d'établir un équilibre entre les préférences des acteurs au sein de l'organisation et les pressions de l'environnement pour le changement.
- Dans le cadre du groupe de réformateurs de même que parmi la multitude de ceux qui vont participer à l'accomplissement de la réforme, on peut déjà individualiser des personnes aux potentiels différents conformément à leurs qualités et aspirations.

Il y a :

- les concepteurs – ceux chez qui a germé l'idée de la réforme ou à qui il est apparu nécessaire qu'une réforme s'engage ; ils sont à l'origine de la réforme ;
- les promoteurs – ceux qui s'engagent à appuyer et à assurer la réalisation de la réforme ; ils forment le premier relais dans la chaîne qui relie les acteurs aux moments de la réforme ;
- les modélistes – ceux qui ont la responsabilité de traduire l'intention du projet dans les structures administratives et dans les changements de pratiques professionnelles désirées ; c'est par eux que la réforme prend corps et qu'on peut voir germer les premières promesses de la réalisation ;
- les passeurs – ceux qui font connaître et qui expliquent les intentions de la réforme et les modalités de son application ; ils diffusent le projet de la réforme
- les opérateurs – ceux qui réalisent, rendent réelle la réforme ; ils modifient leurs pratiques selon les nouvelles normes, les nouvelles directives, ou simplement selon les incitations et invitations à changer leurs manières de faire et adopter celles qui sont proposées ou parfois imposées.

- Et enfin même dans notre groupe des « réformateurs » il y a une dernière catégorie :
- les opposants – ceux qui n'acceptent pas en totalité la réforme, qu'ils critiquent en permanence de façon improductive, et qui s'emploient, passivement ou activement, à la faire dévier ou même à la faire échouer, à différentes étapes de son processus.

On doit mentionner le fait qu'après les événements de 1989 il y a eu une série d'initiatives positives dans le domaine de la SM, des actions entreprises particulièrement par des ONG, pour la plupart bénéficiant d'assistance financière et logistique externe, des actions qui ont essayé de démontrer –dans le cadre des programmes ou projets pilote –la nécessité de changer le SSP. Celles initiatives, pour la plupart déclanchées par des psychiatres visionnaires - qui avaient une certaine charisme (des leaderships naturels) et qui désiraient le changement - n'ont pas pu résister qu'une période limitée de temps ; elles n'ont pas pu être multipliées que dans une très petite mesure .Celles initiatives se basaient sur ce qu'on pourrait nommer une légitimité morale, mais non juridique, ni non plus politique. La légitimité morale peut être expliquée par les frustrations vécues pour lesquelles ou contre lesquelles s'insurgent les praticiens d'une profession et qui réunissent ceux qui veulent entreprendre un changement.

Dans cette conjoncture je dois mentionner que pendant 15 ans le rôle de la Ligue Romaine pour la Santé Mentale a été crucial.

La situation décrite aurait pu virer vers un changement radical, dans une réforme venant d'en bas (bottom-down), mais, probablement, que les conditions n'étaient pas encore propices. Les obstacles qui sont survenues se sont avérés infranchissables.

Peut-être les choses n'étaient pas encore prêtes, on n'a pas pu dépasser une série d'obstacles :

premièrement les *intérêts établis*, ce que l'on appelle en anglais *vasted interests* , étaient affectés ; des intérêts qui sont liés à des pratiques établies, à des coutumes, parfois à des intérêts financiers, mais aussi à des intérêts idéels, des intérêts spirituels ;

il n'y avait pas et on n'a pas pu inventer, de *nouvelles normes* – des normes informelles qui ne s'appellent pas encore normes, c'est-à-dire de nouvelles règles de pratique, de nouvelles manières de faire ;

la manque de ressources sous différentes formes (des ressources financières, administratives, professionnelles) – ce qui a fait que les initiatives décrites s'essoufflent assez rapidement parce qu'elles n'ont pas pu être renouvelées par de nouvelles ressources : ressources humaines surtout, ressources en idées aussi, ressources en nouvelles normativités.

Dans ces conditions, les SSP n'ont pu que suivre une trajectoire déjà établie, une « dynamique d'évolution » qui ne pouvait que maintenir le « statu quo ».

Ce « statu quo » ne représente plus une option possible à présent. Notre société, nos gouvernements ont été placés devant une alternative difficile : soit ils laissent le

système de soins dériver et abandonnent peu à peu les valeurs sur lesquelles reposent les grandes institutions qui les caractérisent, soit ils entreprennent une réforme en profondeur de l'organisation de ce système pour lui redonner une cohérence suffisante et lui permettre de refléter à nouveau les valeurs de la société.

La première option, „laisser dériver” le SSP, en prenant le risque qui entraîne, représente la plus facile à court terme, mais elle n'est plus une option possible.

La deuxième option „réformer le système de soins” est plus difficile à mettre en oeuvre à court terme. Elle consiste à inventer et à implanter un nouveau système, respectueux de la volonté d'équité qui existe au pays, attentif au désir de chaque citoyen de pouvoir agir de façon autonome et, de plus, responsable, adaptative et efficiente.

Pour réussir à vaincre l'inertie de SSP et à sortir du « statu quo », il faut imaginer et mettre en oeuvre des stratégies en apparence contradictoires et pourtant indissociables qu'on pourrait appeler „une stratégie paradoxale du changement.

Les principales caractéristiques d'une stratégie paradoxale du changement consiste à :

agir simultanément sur le système à transformer et sur l'environnement de ce système de façon à créer des conditions favorables à l'émergence et à la diffusion du changement ;

favoriser la création et l'utilisation des systèmes d'information fidèles et complets pour évaluer la performance du système et débattre des résultats ;

pour qu'un processus de changement se développe, il faut qu'il soit porté par des promoteurs jouissant d'une forte légitimité dans l'ordre existant et que ces derniers soient prêts à assumer les risques inhérents à tout changement significatif (Crozier & Freidberg) ;

mobiliser en permanence dans les stratégies quatre leviers interdépendants – les incitations, l'influence, l'autorité, la force symbolique des normes sociales – pour modifier les pratiques et les conduites des acteurs

la transformation du système de soins ne peut plus être décrétée, elle ne peut seulement que résulter des changements incrémentiels qui s'effectuent au gré des opportunités et des intérêts des acteurs en places. Elle implique forcément des changements radicaux dans les pratiques et les organisations.

Une vraie réforme suppose un exercice de pilotage du changement à grande échelle impliquant la mobilisation d'un ensemble d'acteurs et d'organisations aux valeurs, objectifs et projets plus ou moins compatibles. Ce qui fait que le processus de réforme se distingue nettement de tous les autres processus de changement sont les critères suivants :

l'intention explicite d'engager un changement, exprimée par certains acteurs identifiables ;

une analyse critique de la situation à changer : des acteurs qui ont identifié, analysé de façon plus ou moins explicite des faibles, des failles, des contradictions dans la situation existante ;

un plan, un programme. Ce plan peut être plus ou moins précis, détaillé : il peut soit annoncer des intentions soit offrir déjà un programme assez élaboré de changements.

Tous les projets de reforme dans notre domaine visent à accroître l'intégration, la coordination, la coopération (réseaux, travail en équipe, décentralisation, responsabilisation...). La réforme doit impliquer des changements dans les structures formelles et dans les structures d'échange. Le critère de la réussite d'une réforme est d'avoir changé les pratiques aussi bien des professionnels que des gestionnaires et des planificateurs et transformer les organisations. La Réforme est un mode de changement social planifié, un mode de changement social voulu, volontaire, et qui se présente sous la forme d'un projet. Elle est un changement identifiable, un changement qui peut être facilement repéré et analysé dans la dynamique de l'ensemble de la société. A cause de sa nature volontaire et non violente, la reforme est un changement social particulièrement caractéristique de la civilisation de la démocratie moderne.

En tenant compte de tous ces points de vues, on peut dire qu'à présent dans notre pays, il y a une série de conditions absolument nécessaires à réaliser la réforme de la Santé Mentale. On devrait mentionner premièrement la pression très forte et constante exercée par les autorités européennes et internationales ; l'amélioration des SSP et le respect des droits des personnes à des troubles psychiques sont des sujets de monitoring permanent, des sujets qui se trouvent parmi les conditions imposées en vue de l'adhésion de la Roumanie à UE .

On a déjà parcouru une série d'étapes qui peuvent être considérées des points importants dans le déroulement de la réforme de la Santé Mentale, par exemple :

- l'évaluation critique du « statu quo », accompagnée par « needs assessment in Mental Health » ;
- la promotion de la Loi de la Santé Mentale et de la protection des personnes à des troubles psychiques ;
- l'établissement d'une Stratégie dans le domaine de la Santé Mentale ;
- l'élaboration des normes d'application de la Loi de la Santé Mentale ;
- la nominalisation, par le Ministère de la Santé d'un Groupe de travail chargé de mettre en œuvre la Stratégie ;
- l'élaboration du Plan d'action pour la réforme de la Santé Mentale (Action Plan for MH Reform) ;
- des rencontres du Groupe de travail avec des différents acteurs et organisations du domaine de la sante mentale – pour obtenir un consensus et une vision commune sur la réforme ;
- la fondation d'un Centre National de Santé Mentale ;
- l'approbation, par le Ministère de la Santé, de certains ordres concernant la mise en œuvre du Plan d'action et le développement des Centres Communautaires de SM, qui constitueront les points clé de la réforme ;
- l'existence d'un « technical expert support » dans le cadre de certains programmes de coopération européenne et internationale et pour mettre en place la Reforme de Sante Mentale.

La réforme que nous proposons sera une réforme venant d'un haut (top-down), partant d'une autorité (le gouvernement et le Ministère de la Santé) et conçue et voulue avec l'intention de la faire descendre, de la diffuser vers le bas.

Ce qui caractérise *la gouvernance* de ce type de réforme c'est qu'elle est préparée avec une certaine rationalité particulière, qu'on peut appeler la rationalité gestionnaire ; c'est-à-dire avec une rationalité qui engage tout d'abord l'analyse d'une situation, qui se veut également empiriquement fondée dans une critique de la situation et qui, à travers des études que l'on veut mener, prépare un certain plan de réforme. Cette rationalité gestionnaire va définir des objectifs, des démarches, préciser des moyens et engager un calendrier de réalisation.

Deuxièmement, la réforme de cette réforme utilise des changements à travers de normes (qui sont parfois légales, parfois administratives, souvent financières, parfois éthiques, souvent de pratique professionnelle). Les normes deviennent vraiment le bras de la réforme venant d'un haut ; on pratique une réforme très souvent en changeant des normes. Ce sont donc des normes qui changent le territoire des pratiques habituelles pour engager un mode d'être ou de pratique dans un autre territoire.

Et troisièmement, la réforme venant d'un haut s'appuie sur la légitimité du pouvoir établi (le pouvoir de l'Etat, le pouvoir d'une autorité). Cette légitimité juridique, qui devient une légitimité politique, permet à une autorité d'agir et de faire agir au nom d'un projet à réaliser.

Il y a donc, dans la réforme qui vient d'un haut et sa réforme, une sorte de violence que certains auteurs ont appelée „symbolique”, une violence qui s'opère à travers des changements des normes, des directives, des changements de financement et progressivement des changements de pratique sur le terrain.

J'ai insisté sur ces caractéristiques parce que en fonction de celles-ci nous connaissons et nous essayerons de faire face à certains obstacles que nous rencontrons fréquemment presque dans toutes les réformes du type décrit. .

La réforme de la réforme d'un haut rencontre un premier obstacle – la précipitation ; on fait très souvent ce type de réforme trop rapidement pour toutes sortes de raisons.

Deuxième obstacle est que la réforme manque d'une légitimité sociologique ; en plus de la légitimité juridique, la légitimité sociologique est celle qui provient de l'accord, d'un consensus qui réussit à réaliser un projet de réforme. Et cette légitimité sociologique, elle est loin d'être souvent acquise parce que c'est la plus subtile, c'est la plus délicate et c'est celle qui se perd le plus rapidement ; on peut longtemps conserver sa légitimité juridique et politique et avoir perdu sa légitimité sociologique.

Enfin, troisième obstacle est une mauvaise gestion des résistances à la réforme, car toute réforme connaît des résistances qui, parfois, cherchent à bloquer une réforme ou à la retarder ou à en faire dévier l'objectif. Et on sait que des réformes peuvent engendrer même des coalitions de résistance. Or, une mauvaise gestion des résistances est souvent un des grands obstacles à la réalisation d'une réforme venant d'un haut.

Je vais mettre point à mon travail en faisant référence aux conclusions que G. Rocher expose en 2006 dans sa présentation intitulée 'La gouvernance des différents types de réforme.

Il s'agit de deux desiderata que je pense être extrêmement importants et desquelles tout type de réforme en n'importe quelle société doit tenir compte d'autant plus dans un pays comme la Roumanie actuelle.

G. Rocher remarquait le fait que toute réforme est inspirée, d'une part, par certaines critiques que l'on fait d'un état de choses et, d'autre part, par certaines idées, certains projets, certaines idéologies. Il y a toujours derrière une réforme une certaine philosophie (une philosophie de vie, une philosophie professionnelle, administrative...), il y a des valeurs qui sont impliquées. Il n'y a pas de réforme sans un certain appel, explicite ou implicite, à la *mise en place des valeurs*, que ce soit des valeurs anciennes que l'on rappelle, des valeurs nouvelles que l'on veut implanter, ou des valeurs contre lesquelles on s'insurge. En conséquence, devant toute réforme nous avons à faire face à un choix de valeurs. Et fondamentalement, une réforme implique chez les acteurs, chez nous qui la vivons, un choix explicite ou implicite de valeurs fondamentales dans nos vies personnelles et collectives.

La remarque suivante se rapporte à la notion de légitimité –que l'auteur voit comme étant centrale dans la notion de gouverner.

. La *légitimité* est une réalité extrêmement complexe, subtile et volatile ; elle est une manière de justification, justification d'une réforme, d'un projet, justification de celui ou ceux et celles qui l'entreprennent, qui la promeuvent, qui la réalisent. Cette notion de légitimité, elle est extrêmement importante quand on est engagé soi-même comme acteur, intervenant, dans une réforme. La notion de légitimité ne se réduit pas à la légitimité juridique. Elle est beaucoup plus complexe; elle comprend des légitimités morales, sociologiques, spirituelles, politiques, administratives. Il y a donc une variété de légitimités qui se rencontrent, qui se cumulent, qui s'additionnent, ou qui s'affrontent. La bonne gouvernance d'une réforme suppose à la fois une solide légitimité, souvent multiple, des différents acteurs impliqués, une bonne gestion de ces légitimités ainsi qu'une bonne gestion des affrontements des légitimités.

J'espère que les éléments que j'ai présentés puissent constituer un point de départ pour les éventuels commentaires et discussions que je pense être tout à fait nécessaires et utiles en vue de la réalisation de la réforme de la Santé Mentale dans notre pays.

Annexes

Recommendations of the WHO Audit, Bucharest, Romania 2000

5.1. Objectives

WHO subscribes to a precise model of mental health promotion and mental health care* and the European region has identified some of the central features that should guide its development**, in accordance with international recommendations on the *human rights* of persons with mental health problems***: a) the size of large mental hospitals should be reduced; b) alternative inpatient treatment should be provided in general hospitals; c) residential care should be as close as possible to the population served ; d) outpatient facilities and day care should be widely available ; e) non-medical extramural care by social workers, nurses, etc. should be developed ; f) mental health personnel should work in multi-disciplinary teams, serving defined populations.

One of the recommendations of the WHO Seminar “Mental Health in Romania” (1999) was the need for close collaboration between different ministries in order to develop the National Plan for Mental Health. This national mental health plan should outline principles, policies and a plan of action to development of mental health care

Mental health care and mental health promotion are complementary parts of the spectrum of necessary interventions to achieve good mental health outcomes for the population. Both approaches are essential elements of a comprehensive mental health strategy and both should be realised in a national mental health plan.

That there can be no health without mental health is the call for intersectorial and multi-disciplinary approaches essential to the progress of mental health promotion as well as a call for integrating somatic care en mental health services.

Human and civil rights in this area of public and political concern have been adequately dealt with in various resolutions and recommendations of the United Nations, the Council of Europe and more recently the European Commission of the European Union.

The responsibility of health authorities must always be focused on issues of diagnosis, treatment and rehabilitation. Treatability alone is the responsibility of health care services. Culpability is the responsibility of the justice system. Detention, removal of rights, curtailment of civil rights must be within the domain of the justice system to which health authorities may offer advice and recommendations on issues relevant only to the treatment, care and rehabilitation needs of the individual.

* WHO. Balancing Mental Health Promotion and Mental Health Care: a joint WHO/ European Commission meeting in Brussels 22-24th of April 1999.

** Freedman, H; Henderson, J; Rutz, W. WHO/EURO Database on Trends in Mental Health Care (1992)- A Review and Summing up. First European Meeting in Stockholm Sweden, 22- 24 January 2000.

*** WHO, Division of Mental Health Prevention and Substance Abuse, Programme on Mental Health. Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorders. Geneva, 1996 WHO.

3. Preliminary recommendations

At the end of the assessment the expert group and the resource group produced preliminary recommendations, presented afterward to the Minister of Health, the Secretary of State, representatives of parliament and the mass media.

Legal dispositions:

- 1.1 Consider to adopt the law concerning the protection of the persons with mental health disorders and mental health policy.
- 1.2 Aligning Romania's mental health law provision with the Council of Europe and with the United Nations provision regarding the respect of human rights.
- 1.3 Ensuring that this law will be fully understood and put into practice; establish a mixed committee (professionals and lay people) to evaluate this.

2. Ministry of Health:

2.1. Consider to designate a focal point on mental health.

- 2.2. Consider the establishment of an inter-ministerial committee including for example ministry of justice, ministry of social affairs, ministry of education, ministry of youth and sport
- 2.3. Establish a permanent advisory board with the Romanian League for Mental Health and other NGO's including family and users representatives and representatives of the professionals involved in the mental health care for example the Romanian Psychiatric Association.
- 2.4. Establishing intersectorial co-ordination for mental health at the regional and local levels.
- 2.5. Improve monitoring and evaluation strategies on mental health: epidemiological surveys, better use of data collected in the services, evaluation of service and specially quality evaluation, health economics evaluation (cost effectiveness).

3. Improvement of psychiatric care:

- 3.1. Development of community psychiatric care and appropriate social and welfare support.
- 3.2. Set up multidisciplinary teams to include for example nurses, psychologists, social workers, ergotherapists.
- 3.3. Development of psychotherapies and psycho-social rehabilitation.
4. Consider examples of good practice for dissemination and generalisation for national psychiatric care development, training, data collection and analysis.

5. Opportunities for Romania to participate in programs for destigmatisation and anti-discrimination for people with mental health problem in respect of patients rights e.g. confidentiality.

Annex 2: Recommendations on the Audit, June 1999

Recommendations

Joint WHO/Romanian Ministry of Health with the Romanian League for Mental Health Meeting
Bucharest, 8-9 June 1999

1. Improvement of the level of mental health of the Romanian population and of human rights and dignity of people with mental disorders should be recognized by the competent authorities a national priority, especially under the present circumstances of transition. Therefore, the ultimate goal of the mental health program, with special attention to the needs of socially and economically vulnerable populations.
2. The National Mental Health Program should be established taking into account the needs of the Romanian population in terms of promotion, prevention, treatment; psychosocial rehabilitation. As an important operational strategy a competent person should be appointed by the Ministry of Health to act as focal point on mental health.
3. As a guiding principle the attention and resources devoted to mental health should match those devoted to physical health.
4. The Mental Health Program should be developed and implemented in a inter-sectorial and multi-disciplinary way, as a close collaboration between the relevant ministries (e.g. ministries responsible for health, justice, social affairs, education and labor) and representatives of various sectors of society (e.g. associations bringing together professionals, families, consumers and other groups).
5. Mental health interventions should be integrated into primary health care, as part of the Primary Health Care Strategy giving full priority for community based services. A continuing assessment and monitoring of services and of clients' satisfaction should be an integral part of these interventions.
6. Workplaces, schools and other community environments are the most appropriate settings for the development of the programs special provisions for the promotion and prevention of mental health.
7. Mental health interventions should be cost-effective, evidence-based and in line with European standards of quality and the best Romanian traditions.
8. In improving mental health services, special attention should be given to appropriate continuing education of human resources and availability of needed material resources.
9. Modern mental health law provisions should be developed, adopted, brought into force and implemented in practice, aligning Romania's mental health legal provisions with the European Community provisions regarding mental health care and the respect of human rights.
10. The World Health Organization should assist in the implementation of these recommendations.